

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

331

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 mai 1898, à 1 heure

Par LUCIEN CHABRY

Né à Saint-Georges-ès-Allier (Puy-de-Dôme), le 19 janvier 1867

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

TRAVAIL DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE DE L'HOPITAL PASCAL

DE LA

STÉNOSE DU COL DE L'UTÉRUS

DE SON TRAITEMENT

ET PRINCIPALEMENT DE L'ÉVIDEMENT COMMISSURAL DU COL

(STOMATOPLASTIE)

OPÉRATION DE M. Le Docteur POZZI

Président : M. BERGER, *professeur*.

Juges : MM. PANAS, *professeur*.

POLAILLON,

ALBARRAN,

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

331

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 mai 1898, à 1 heure

Par **LUCIEN CHABRY**

Né à Saint-Georges-ès-Allier (Puy-de-Dôme), le 19 janvier 1867

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

TRAVAIL DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE DE L'HOPITAL PASCAL

DE LA

STÉNOSE DU COL DE L'UTÉRUS

DE SON TRAITEMENT

ET PRINCIPALEMENT DE L'ÉVIDEMENT COMMISSURAL DU COL

(STOMATOPLASTIE)

OPÉRATION DE M. Le Docteur **POZZI**

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. PANAS, professeur.

POLAILLON,

ALBARRAN,

} *agrégés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILIAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLES DE LA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	REITTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

Externat 1890.

M. le D^r TENNESON (Hôpital St-Louis, maladies cutanées et syphilitiques).

Externat 1891.

M. le D^r LANDRIEUX (Hôpital Lariboisière, médecine générale ; gynécologie).

M. le prof. CHANTEMESSE, suppléant.

Internat provisoire 1892.

M. le prof. TILLAUX (Hôtel-Dieu : chirurgie).

M. le D^r WALKER, suppléant.

M. le D^r GAILLARD-LACOMBE (Hôpital Bichat : médecine générale).

M. le D^r TERRILLON (La Salpêtrière : chirurgie et gynécologie).

Internat provisoire 1893.

M. le D^r PIERRE-MARIE (Hospice Debrousse : maladies du système nerveux).

Internat 1894.

M. le D^r VARIOT (Hôpital Hérold : maladies générales).
(Hôpital Trousseau : enfants malades).

Internat 1895.

M. le D^r GÉRARD-MARCHANT (Hôpital Tenon : chirurgie générale).

M. le D^r CHAPUT, suppléant.

Internat 1896.

M. le D^r MONOD (Hôpital St-Antoine : chirurgie générale).

M. le D^r ARROU, suppléant.

Internat 1897.

M. le D^r Pozzi (Hôpital Pascal : chirurgie gynécologique).

M. le D^r LEGUEU, suppléant.

A MES PREMIERS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE LA PITIÉ

INTRODUCTION

Dans le cours de nos études médicales, et principalement durant notre internat, nous avons été frappé de la difficulté, en même temps que de la diversité des traitements dits conservateurs des organes.

C'est surtout en gynécologie que ce fait est remarquable. Aux débuts de la chirurgie gynécologique aseptique, le chirurgien dans une laparotomie ne procédait jamais qu'à l'ablation pure et simple des trompes et des ovaires. Combien de ces organes, perméables et pouvant encore jouer leur rôle physiologique, ont été supprimés. Les ovaires scléro-kystiques, les névralgies (?) étaient traités par la castration.

Avec des soins plus recherchés, une asepsie plus rigoureuse, des opérations mieux réglées, l'opérateur peut aujourd'hui conserver les parties saines, en supprimant le mal.

La chirurgie conservatrice des annexes créée en France par notre maître M. le D^r Pozzi a fait ses preuves, le nombre des malades ayant conçu après une résection d'ovaires est considérable.

Pour l'utérus il n'en fut pas de même, les gynécologistes restèrent longtemps à ne s'occuper seulement que de la partie visible de l'organe, du col, avant de s'attaquer au corps.

Aujourd'hui, l'utérus subit le sort que les ovaires subissaient autrefois, on le supprime par la voie soit vaginale, soit abdominale.

Et cependant, combien de malades bénéficieraient de ces traitements appliqués au col, qui est la porte d'entrée de l'infection venant du dehors, qui est la porte de sortie des sécrétions et des flux physiologiques venant des organes internes.

Une intervention simple suffit souvent en effet à éviter de graves accidents, et ce, surtout dans certaines malformations soit congénitales, soit acquises.

La sténose du col de l'utérus est dans ce cas : elle peut produire des désordres assez étendus, en étant une grande cause du non-fonctionnement de l'organe génital.

Il nous a paru intéressant d'étudier les désordres qu'elle peut produire et de rechercher les moyens employés pour la guérir.

Nous verrons dans le cours de ce travail quelle importance les gynécologistes étrangers attachent à cette question ; le nombre des méthodes employées ; nous étudierons surtout l'opération pratiquée par notre maître, à laquelle nous donnerons le nom d'opération de Pozzi, de même qu'il existe les opérations de Sims, d'Emmet, de Schröder, etc.

Nous adressons ici nos remerciements les plus sincères à tous nos maîtres dans les hôpitaux, nous avons toujours beaucoup de reconnaissance pour eux lorsque nous nous rappelons de leurs excellentes leçons ; ils furent en même temps nos guides et nos amis. Qu'ils reçoivent l'assurance de notre entier dévouement.

Nous savons tout l'honneur que M. le professeur Berger nous a fait en acceptant d'être notre président de thèse, nous le remercions de son obligeance et de son affectueux accueil.

CHAPITRE PREMIER

La sténose du col de l'utérus.

I. Col normal. — Le col de l'utérus doit être de grandeur, de forme, de consistance normales ; son canal doit avoir dans son ensemble une direction sensiblement rectiligne, et un calibre suffisant pour sa fonction.

Il est normal, quand il a à peu près la moitié de la longueur de l'utérus, lorsqu'il se projette dans le vagin de 1 centimètre et demi antérieurement, et de 3 centimètres postérieurement. La portion intra-vaginale est arrondie, tronquée et élastique au toucher.

Son orifice externe chez une nullipare varie de 2 à 4 millimètres de diamètre pour (Pajot, 11), il est circulaire et un peu ovalaire transversalement, situé exactement au centre du cône légèrement arrondi présenté par le col vaginal, et occupant souvent le fond d'une petite cupule ou d'une faible dépression. Pour (Peaslée, 14) l'orifice externe doit admettre une sonde de 4 millimètres de diamètre pour être normal.

L'orifice interne n'est pas accessible à la vue, le cathétérisme seul peut faire reconnaître son calibre. Cet orifice doit admettre la sonde de 4 millimètres, mais cette limite minima n'est pas applicable aux cas de flexion, car alors l'orifice peut admettre la sonde et n'être pas suffisant au point de vue physiologique en ne donnant pas une issue facile aux liquides venant de l'utérus.

Chez la femme qui a eu des enfants, la largeur de l'orifice externe est de 6 millimètres et celle de l'orifice interne est de 5 millimètres.

Le canal entre ces deux orifices présente une légère dilatation et atteint 6 millimètres chez les vierges, 7 millimètres chez les multipares.

Au point de vue physiologique (Dolérís, 26) la structure de sa muqueuse et le relief de ses parois assurent sa perméabilité de l'extérieur à l'intérieur et inversement. Son intégrité et surtout celle de son épithélium cilié semble indispensable à l'ascension des spermatozoïdes. De là son rôle primordial dans les phénomènes initiaux de la fécondation.

Les fibres musculaires agissent comme un sphincter pendant la gestation et les premières phases de la parturition. Dans le premier cas c'est un agent de rétention de l'œuf fécondé. Dans le deuxième cas c'est un agent modérateur de la sortie de l'œuf.

Un col normal doit posséder tous ces caractères.

II. Col sténosé. — Mais on observe de nombreuses variétés, soit congénitales, ou dues à des phénomènes physiologiques, par un processus ou bien normal à l'affection ou bien à la suite de la thérapeutique employée.

Laissant de côté l'étude des diverses formes de col, nous nous occuperons dans ce travail du calibre de son conduit et de ses orifices.

L'étroitesse anormale des orifices du col de l'utérus peut se rencontrer à l'orifice externe et à l'orifice interne, aux deux ensemble ou à l'un des deux en particulier, ou bien encore au canal cervical tout entier.

Ce rétrécissement peut être, congénital, ce qui est la règle

ou bien acquis, dans des cas tout particuliers comme nous le verrons, ce qui est relativement assez rare.

a) STÉNOSE DE L'ORIFICE EXTERNE. — La sténose de l'orifice externe doit être envisagée à trois points de vue : le degré, la forme et la situation ; toutes les variétés dérivent de l'une, de l'autre ou de toutes ces conditions.

Au point de vue du degré, où commence l'étroitesse. Elle varie depuis les dernières limites de l'orifice normal de 2 à 4 millimètres jusqu'à l'orifice capillaire et dans certains cas, rares, mais qui existent, jusqu'à l'invisibilité à l'œil nu.

Au-dessous de 2 millimètres (Pajot, 11), de 4 millimètres (Peaslée, 14) l'orifice externe peut être considéré comme étroit.

La forme, chez la nullipare : il est arrondi ou faiblement ovalaire, mais la dépression peut manquer, et alors l'orifice est simplement un trou fait comme à l'emporte-pièce.

La position de l'orifice ne présente pas moins de variétés. Ou bien il est situé dans la position naturelle, au sommet d'un cône arrondi et sans dépression, ou bien il se trouve sur l'extrémité saillante d'un col très conique et effilé en pointe : col en toupie ; ses bords faisant, ou non, une petite saillie sur la muqueuse, ou bien encore il n'occupe pas le centre du museau de tanche, et se trouve relégué sur l'un des côtés, et parfois à l'une des commissures de deux minces reliefs accolés ensemble, un peu plus pâles que le reste de la muqueuse, et qui représentent un peu les lèvres du col d'une multipare. Il semble que les deux petits rebords aient été soudés entre eux, ne laissant libre qu'un pertuis très fin à l'une des commissures.

Tels sont les caractères les plus fréquents que présentent

les orifices externes sténosés congénitalement, dans la plus grande majorité des cas.

Il existe d'autres variétés d'orifices étroits, auxquels on a donné des noms particuliers, ce sont :

Le col en éteignoir, dans lequel la lèvre antérieure s'écarte de la lèvre postérieure vers l'orifice, mais au-dessus de cet écartement il existe un rétrécissement.

Le col en toupie, variété assez fréquente, dans laquelle le col ressemble à un petit barillet, alors que l'extrémité du museau de tanche est acérée et rétrécie, la dilatation existe au-dessus du rétrécissement.

Le col en trompe d'éléphant est un col allongé, dont le diamètre de la base est presque égal au diamètre de la superficie du museau de tanche, et regarde en avant.

Le col en porte-manteau, qui peut se décomposer en trois parties : une première attachée à l'utérus se dirigeant directement en bas, une deuxième formant une anse à concavité supérieure, une troisième remontant parallèlement à la première partie, le tout formant une anse en forme de porte-manteau ; les deux lèvres, l'antérieure et la postérieure, suivent ce mouvement. L'extrémité du museau de tanche regarde soit en avant, soit en arrière.

Le col tapiroïde, étudié surtout par (Groef, 3), qui en fait la principale cause de stérilité chez la femme, est assez fréquent, il se montre avec une lèvre antérieure peu développée, et une lèvre postérieure très longue qui vient se recourber au niveau du museau de tanche pour recouvrir l'extrémité de la lèvre antérieure. Dans cette variété de col l'orifice est reporté en avant et au-dessus de l'extrémité du col qui elle-même est formée par la face inférieure de la lèvre postérieure. Ajoutons qu'ordinairement l'orifice est étroit.

Dans d'autres cas, c'est la lèvre antérieure qui bouche l'entrée du canal cervical et lui donne la forme d'un croissant à concavité tournée en avant et formant une sorte de clapet en avant du conduit.

Orifices sténosés pathologiquement. — Quant à la forme et à la position des orifices sténosés pathologiquement, ils peuvent revêtir les aspects les plus divers que l'on puisse imaginer, suivant qu'il s'agit d'une étroitesse due à une cautérisation superficielle (nitrate d'argent, chlorure de zinc, nitrate acide de mercure, acides divers); à une cautérisation plus profonde par ces mêmes agents laissés en place, par le thermo ou galvano-cautère; à une cautérisation intra-utérine (potasse caustique et surtout chlorure de zinc en crayons). Les scarifications profondes peuvent produire du tissu cicatriciel. De nombreuses opérations se cicatrisant par bourgeonnement ou seulement par seconde intention produisent le même résultat. Le nombre des orifices, sténosés ou même complètement obturés à la suite d'opérations de Schröder mal réparé, est considérable, comme nous en verrons plus tard des exemples.

Des affections pathologiques produisent aussi le même résultat : les chancres, indurés ou mous, primitifs du col, les syphilides secondaires, les ulcérations de la muqueuse ectropiée et guérissant par bourgeonnement.

Le travail de l'accouchement, en se prolongeant outre mesure, quand la tête est enclavée dans le détroit supérieur, avant d'avoir franchi le col, peut occasionner le sphacèle d'une partie du col, sans déterminer de fistule ni vésico ni recto-vaginale. La destruction porte tantôt sur la lèvre antérieure, tantôt sur la lèvre postérieure, quelquefois sur la partie latérale du col.

Dans presque tous ces cas, le processus de cicatrisation produit des déformations de l'orifice externe, qui est considérablement sténosé.

Nous signalerons en particulier un cas que nous avons observé à l'hôpital Lariboisière, dans le service de gynécologie de notre maître M. le D^r Landrieux.

A la suite d'application de caustiques sur le col, pour guérir une affection utérine dont souffrait la malade, l'orifice externe était complètement recouvert par un tissu de cicatrisation dur et fibreux, qui ne laissait de chaque côté qu'une petite ouverture dans laquelle on ne pouvait faire passer aucun stylet. Les deux orifices ressemblaient à un canon de fusil double, et au moment des menstrues, le sang s'écoulait par les deux orifices. Une incision de la bride cicatricielle qui les réunissait a montré qu'il ne s'agissait pas d'utérus à deux conduits, mais bien d'un seul canal ayant deux orifices externes produits par une cicatrisation granuleuse de la plaie qu'avaient donnée les caustiques employés.

Diagnostic de l'étroitesse de l'orifice externe. — Sauf les cas rares où le pertuis est capillaire et se trouve situé ailleurs qu'au centre du col, la constatation d'une étroitesse de l'orifice externe n'offre aucune espèce de difficulté. L'application du spéculum ordinaire découvre à la fois le col et l'anomalie.

Il faut cependant souvent rechercher avec beaucoup de soin et en s'aidant d'appareils grossissant, comme une loupe par exemple, pour arriver à être assuré qu'il existe un orifice sur la surface unie et saine de certains cols, qui ne permettent pas à la vue de distinguer sûrement une ouverture, alors que la femme assure avoir ses règles.

On doit toujours se souvenir qu'un orifice étroit peut

occuper des situations très diverses sur toute la surface du col, être même caché au niveau d'une de ses commissures avec le vagin ou derrière le pubis. L'exploration doit toujours être attentive ; il ne faut pas conclure à une imperforation lorsqu'il n'y a que sténose.

b) STÉNOSE DE L'ORIFICE INTERNE. — Quant à la sténose de l'orifice interne, on ne peut que la soupçonner tout d'abord, le cathétérisme seul a le pouvoir d'éclairer le diagnostic.

Pour (Peaslée, 14), si l'orifice interne admet la sonde de 4 millimètres de diamètre, la sténose peut être relative, mais elle n'est pas absolue. Si la sonde de 3 millimètres ne passe pas, il y a sténose ou flexion.

La sténose de l'orifice interne est moins fréquente que celle de l'orifice externe. Sims n'en a vu que quelques exemples alors qu'il a observé de nombreux cas de sténose de l'orifice externe seul.

Cependant elle peut exister et même sans sténose de l'orifice externe, ce dernier présentant ses dimensions normales.

Elle peut exister aussi concurremment avec la sténose de l'orifice externe. Il s'agit ordinairement d'un anneau dur, cartilagineux, comme l'ont observé (Sims, 3) et (H. P. C. Wilson, 15).

Pour (Pozzi, 66) elle est le résultat d'un développement incomplet, avec ou sans antéflexion congénitale.

Pour (Lawson Tait, 12) la sténose de l'orifice interne n'existerait pas ; elle aurait seulement un caractère spasmodique plutôt qu'organique, et ces spasmes cesseraient après la suppression de la sténose de l'orifice externe, à laquelle elle est toujours liée.

Sténoses acquises de l'orifice interne. — Ces sténoses, dues

à des cautérisations exagérées, sont beaucoup plus rares qu'à l'orifice externe.

Il ne faut pas se hâter de conclure à un rétrécissement de l'orifice interne, parce qu'on ne passe pas facilement une sonde à ce niveau. On doit bien s'assurer que l'obstacle n'est pas dû à ce que le bout de la sonde s'engage dans un repli de muqueuse ou bute contre un angle de flexion. Pour cela on modifiera la courbure du cathéter, selon la direction présumée de la cavité utérine, on en abaissera convenablement le manche vers la fourchette, on fixera au besoin, ou l'on attirera la lèvre postérieure du col, s'il s'agit d'une antéflexion, la lèvre antérieure, s'il s'agit d'une déviation en arrière. Ce n'est qu'après une série de tâtonnements prudents que l'on arrivera au diagnostic.

STÉNOSE DU CONDUIT LUI-MÊME. — L'étroitesse des parties comprises entre les deux orifices est très rare, du reste sa connaissance est moins importante que celle des deux orifices.

Si la sténose est près de l'orifice externe, elle appartient à l'étude de cet orifice ; de même si elle est située près de l'orifice interne.

Nous signalerons comme cas spécial de sténose, l'observation de Merttens, qui a vu un utérus à corps unique avec col double, l'orifice du côté droit était normal, celui du côté gauche sténosé.

FORMES DU COL ACCOMPAGNANT ORDINAIREMENT LA STÉNOSE DU CANAL. — Accompagnant la sténose des orifices du col, il existe des caractères particuliers d'aspect, de forme et de consistance du col lui-même.

On observe fréquemment la portion intra-vaginale du col inégalement développée. La partie postérieure comprise

entre l'orifice et l'insertion du vagin, peut avoir 4 ou 5 centimètres de long, tandis que la partie antérieure, mesurée de l'orifice au point d'insertion du cul-de-sac antérieur, ne présente qu'une longueur de 1 centimètre à peine. La dureté fibreuse et cartilagineuse est notée dans presque tous les cas. Dans les cas de sténose non congénitale on observe les traces de cicatrices et l'on perçoit au toucher leur dureté et leur épaisseur. Mais la forme sans contredit la plus fréquente, est celle dénommée du col conique.

Col conique. — En 1865 le (Dr Barnes, 5) présenta à la Société obstétricale de Londres un mémoire, dans lequel il discuta l'influence morbide du col conique. La note suivante est extraite du rapport du secrétaire (M. Meadows, 5).

Le Dr Barnes a décrit et figuré une forme de col utérin qui se projetait en cône dans le vagin, le canal paraissant se réfléchir plus près de l'orifice interne que dans l'état normal. L'orifice externe extraordinairement petit, permettait à peine l'introduction de la sonde utérine ; c'est là qu'était le siège réel de la constriction. L'orifice interne est une ouverture naturellement étroite et qu'on trouve généralement normale. Il est par conséquent inutile de le diviser ; de plus, il est dangereux de le faire à cause de la proximité des gros vaisseaux et des plexus qui pénètrent l'utérus dans son voisinage.

Ce mémoire donna lieu à une longue discussion et le Dr Bate Brown seul avec Barnes soutinrent la rareté relative de l'étroitesse de l'orifice interne, comparée à celle de l'orifice externe.

Sims a étudié la fréquence du col conique sur 218 femmes stériles. Il a trouvé la flexion associée à la forme conique dans 52 cas, le col droit conique et induré dans 4 cas ; droit coni-

que et allongé dans 109 ; droit conique allongé et non induré dans 7, granuleux et conique dans 3. Dans tous ces cas il y avait sténose de l'orifice externe.

Il est ainsi démontré que la forme conique du col, qu'il soit fléchi, droit, allongé ou non, donne une proportion de 175 cas sur 218.

Le col conique présente un cône plus ou moins allongé ; il est d'autant plus pointu qu'il est plus allongé, mais dans tous les cas il représente un cône à base implantée sur le pourtour des parois vaginales et à sommet acuminé et libre, ayant son orifice étroit à ce niveau. On trouve quelquefois le col aussi conique que la tête d'une taupe, s'amincissant graduellement à partir de l'insertion du vagin, beaucoup plus long que large et se terminant en pointe au museau de tanche.

On peut rencontrer cette difformité, accompagnée de flexion et de développement inégal des parties antérieure et postérieure. D'autres fois le col conique s'accompagne d'un canal droit, ou bien il existe une rétroversion. Souvent le déplacement semble être le résultat de l'élongation conique du col, qui vient presser contre la paroi postérieure du vagin.

Un état particulier de l'utérus accompagne ordinairement le col conique : c'est l'utérus infantile ou peu développé.

Fausse sténoses. — Après avoir ainsi passé en revue à peu près toutes les formes de sténose réelle des orifices avec leurs caractères particuliers, nous dirons un mot de certaines sténoses, vraies à un point de vue de physiologie pathologique, mais fausses au point de vue anatomique.

Souvent l'orifice d'un col laisse pénétrer facilement un cathéter et ne laisse pas passer les liquides : il n'est pas étroit

anatomiquement, mais il l'est physiologiquement, pour ainsi dire, et donne naissance aux mêmes infirmités, aux mêmes accidents.

Cette sténose existe dans des cas d'induration des deux lèvres qui s'appliquent l'une contre l'autre et s'accolent muqueuse à muqueuse, tantôt sur un plan direct, tantôt sur un plan incurvé à concavité ordinairement antérieure ; les deux lèvres ressemblent alors à deux cuillers mises l'une dans l'autre et ont leur orifice en forme de croissant.

Dans d'autres cas, c'est une petite tumeur sous-muqueuse, un petit fibrome qui vient agir par compression ; un œuf de Naboth, un petit kyste folliculaire ; cette dernière variété accompagnant souvent les sténoses de l'orifice externe.

Les sténoses par vice de position de l'utérus par rapport au col rentrent aussi dans cette classe.

Nous signalerons ici un travail de (Hermann, 39) qui conclue en ces termes : Pendant la menstruation, le canal cervical se dilate au troisième ou quatrième jour, cette dilatation se produit aussi bien chez les femmes à règles abondantes que chez celles qui ont une faible menstruation et par suite on ne peut établir aucune distinction. Il n'y aurait au moment de la menstruation aucun signe particulier de sténose du canal cervical.

ATRÉSIE DU COL. — Nous ne parlons pas du degré le plus accentué de la sténose du conduit cervical : l'oblitération complète, encore appelée atrésie du col ; son étude a été suffisamment faite, les accidents d'hématométrie, salpingite hémorrhagique, etc., sont connus, aussi ne nous en occupons-nous pas dans ce travail, qui se trouve limité à l'étude seule de la sténose proprement dite et non de l'atrésie.

CHAPITRE II

Étiologie.

Rétrécissements congénitaux. — (Herr W. Nagel, 53), étudiant les causes de la sténose des orifices du col de l'utérus, incrimine un développement trop rapide des organes génitaux et souvent une ulcération après la naissance. Dans le premier cas, cette anomalie se produit par un frottement d'un des canaux de Müller contre l'autre, il se fait alors une petite plaie qui en se cicatrisant, obstrue une partie de la fente formée par la réunion des deux conduits. Alors la sténose existe chez le nouveau-né. Dans le second cas, l'ulcération se produit après la naissance par le contact des deux lèvres du col et la réparation donne lieu à la sténose.

Cette ingénieuse explication donne parfaitement la cause de la production de la sténose existant sur un utérus bien développé.

Pour la production du col conique, on doit incriminer le défaut de développement complet de l'utérus tout entier qui reste à l'état infantile et ne suit pas à la puberté le développement normal. Le col conique ne se tronque pas à cause de la faiblesse et du manque de fibres musculaires longitudinales qui attirant la muqueuse excentriquement, produisent une sorte d'aplatissement du museau de tanche, tout en produisant une cupule autour de l'orifice qui lui-même est agrandi par ce fait. Telle est du moins l'opinion de (Sims, 3) et de (Pajot, 41) sur la production du col conique.

D'après ces auteurs la sténose de l'orifice interne se produirait par le resserrement des fibres circulaires non compensées par les fibres longitudinales, ce qui nous explique pourquoi le col conique est en même temps allongé et a son orifice très étroit sans dépression.

Rétrécissements acquis. — Pour les rétrécissements acquis, leur cause est différente. Le tissu cicatriciel est seul en cause, leur étiologie est la même que celle de tous les rétrécissements produits par l'inflammation des tissus qui constituent les parois des conduits naturels.

Nous ne pouvons citer toutes les causes de sténose acquise du col ; qu'il nous suffise de dire que tout traumatisme peut amener la perte de l'action contractile des fibres musculaires par une solution de continuité. Les cautérisations sont dangereuses, car leur cicatrice est ordinairement rétractile et sous elles se passent des processus variés qui peuvent conduire à des ulcérations graves, à des pertes de substances, à l'obstruction du conduit.

Dans la thérapeutique du col, on doit toujours viser au maintien et au rétablissement de la fonction tout en guérissant la lésion. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et à la suite de traitements variés, on trouve la sténose du canal cervical, qui est un mal souvent beaucoup plus sérieux que l'affection primitive. Cependant les plaies cicatrisées par première intention ne donnent pas de cicatrice, comme l'a montré (M. le Dr Pozzi, 66) ; c'est ce but que tous les chirurgiens doivent chercher à atteindre, car si, dans une opération sur le col, on a le moindre bourgeonnement, on est exposé à une sténose et à tous les accidents qui en dérivent.

CHAPITRE III

Désordres produits par la sténose du col.

La sténose du canal cervical produit des désordres de nature variée.

Nous pouvons les classer ainsi :

1° Troubles dérivant de l'obstacle à l'écoulement des liquides ou à l'évacuation des solides venant de l'utérus ;

2° Troubles venant de l'obstacle à l'introduction des liquides qui doivent y pénétrer.

Dans le premier chapitre nous étudierons :

a) L'obstacle apporté à l'écoulement des liquides normaux : le flux menstruel, c'est-à-dire la dysménorrhée.

b) L'obstacle apporté à l'évacuation des solides : les tumeurs et surtout le fœtus.

c) L'obstacle apporté à l'issue des sécrétions normales ou pathologiques.

Dans le deuxième chapitre nous étudierons l'obstacle apporté à l'introduction de la liqueur fécondante : la stérilité.

Nous verrons enfin qu'il s'est rencontré quelques cas où cette sténose a été utile et même recherchée comme méthode thérapeutique.

1. — Troubles dérivant de l'obstacle à l'écoulement des liquides ou solides venant de l'utérus.

A. — Obstacle apporté à l'écoulement des liquides normaux.

De la dysménorrhée-mécanique. — La menstruation peut être accompagnée d'un malaise général, mais ce malaise ne doit jamais s'élever au degré d'une souffrance cruelle. S'il se manifeste beaucoup de douleurs, soit avant, soit pendant l'écoulement cataménial, cela peut s'expliquer généralement par quelques conditions physiques capables d'opposer un obstacle mécanique à l'issue du fluide sanguin de la cavité utérine.

Cet obstacle peut être la conséquence de la turgescence inflammatoire de la muqueuse qui revêt le canal cervical, et le rétrécit par simple tuméfaction de ses parois ; mais le plus souvent, la cause de l'obstruction est purement anatomique et de nature mécanique.

L'extrême petitesse du col utérin, de son orifice, de son canal, est une des causes les plus fréquentes, la présence d'un polype ou d'une tumeur fibreuse dans les parois antérieure et postérieure et quelquefois dans la portion antéro-latérale de la matrice.

La dysménorrhée constitutionnelle des anciens doit être rejetée ; cette infirmité n'est qu'un symptôme, un signe de maladie liée à quelques conditions organiques anormales. Elle peut être l'effet ou la cause de l'inflammation comme elle peut exister sans elle, mais, inflammatoire ou non, son action est ordinairement mécanique. Si le canal cervical est

droit et assez large, s'il n'existe aucun obstacle à la sortie du fluide sanguin sur un des points compris entre l'orifice interne et l'orifice externe, c'est-à-dire d'un bout du canal à l'autre, il ne saurait y avoir de dysménorrhée proprement dite.

Cette opinion a été émise par (Sims, 3), nous verrons sur quelles statistiques et sur quelles observations l'éminent chirurgien américain se basait pour la soutenir, mais avant, nous allons passer en revue l'opinion de la plupart des auteurs à ce sujet.

Avant Sims, la pathologie de la dysménorrhée, considérée comme entité morbide, était purement médicale. L'opinion du Dr (Bennett, 6) émise en 1865 nous suffira pour nous édifier sur ce que l'on pensait alors : « La menstruation peut être douloureuse, excessivement douloureuse même, alors qu'il n'existe aucun obstacle, d'aucune sorte que ce soit ; toutes les dysménorrhées sont constitutionnelles, elles dépendent d'un tempérament spécial à la femme qui en est atteinte. »

C'était donc une maladie générale.

Avant et depuis le travail de Sims sur ce sujet, de nombreux avis ont été émis.

(Makintosch d'Edinbourg, 4) décrivait déjà en 1836 la dysménorrhée mécanique et la traitait par la dilatation.

(Gusserow, 7) en 1866 ne voit que le rétrécissement externe ou interne du canal cervical comme cause de dysménorrhée.

Pour (Thomas, 12), la dysménorrhée est toujours obstructive, elle dépend de cet état particulier du col décrit par (Sims, 3) sous le nom de col conique et souvent l'endométrite l'accompagne.

(Lawson Tait, 12) incrimine le col long avec utérus infan-

tile, la sténose de l'orifice externe ; la sténose de l'orifice interne n'ayant qu'un caractère spasmodique ; il décrit même une dysménorrhée spasmodique survenant à la suite de couches, et accompagnée du cortège symptomatique de la dysménorrhée ordinaire.

Nous connaissons l'opinion de (Barnes, 5) qui a décrit le premier la forme conique du col et en fait la cause de la dysménorrhée.

Plus récemment (Noll Harsan, 42), en 1894, décrit la dysménorrhée consécutive à la sténose du canal cervical. Il dit que les malades se plaignent surtout de douleurs intolérables, de bouffées de chaleur au moment des règles et de troubles réflexes divers.

Il décrit des dysménorrhées tardives, succédant à des affections ayant amené la sténose du col, qui devient de ce fait la cause évidente des troubles. Pour lui, on trouve avec la sonde une sténose de l'orifice interne ou dans un point du canal cervical. Le passage de la sonde accuse alors une douleur en ce point limité.

Plusieurs observations de dysménorrhée se rapportent à des sténoses consécutives à l'emploi de crayons de chlorure de zinc.

En 1887 (Thomas Moor Madden, 18), au Congrès de Washington, affirme que le rétrécissement du canal cervical est la cause la plus fréquente de la dysménorrhée et qu'une opération seule peut la guérir.

(Pozzi, 66) dit que les dysménorrhées mécaniques sont les plus fréquentes.

(Sims, 3) a fait une statistique qui lui a donné les résultats suivants :

Sur 250 femmes mariées, 129, c'est-à-dire plus de la moitié, avaient leur menstruation accompagnée de douleurs anormales. Il les divise en deux classes ; les unes à menstruation simplement douloureuse, les autres à menstruation excessivement douloureuse.

Parmi les 129, il en rentrait 100 dans la première classe et 29 dans la seconde.

Parmi les 100 à menstruation simplement douloureuse, 58 avaient l'utérus en antéversion ; 17 présentaient des tumeurs fibreuses de la paroi antérieure de l'utérus ; 25 avaient cet organe en rétroversion, et sur ce dernier nombre, 7 avaient des tumeurs fibreuses de la paroi postérieure ; 17 avaient la matrice en position normale ; une avait une tumeur fibreuse du fond.

Sur 100 cas de menstruation douloureuse, l'orifice du col était normal 6 fois seulement, exagèrement étroit 90 fois et 4 fois anormal d'une façon ou d'une autre. Dans les 29 cas de menstruation excessivement douloureuse, l'orifice ne s'est pas présenté une seule fois à l'état normal ; 26 fois il était trop étroit et 3 fois irrégulier ou difforme.

De cette statistique, faite on le voit avec une précision remarquable, il résulte que la dysménorrhée est presque toujours due à des causes mécaniques et parmi ces dernières la sténose du canal cervical entre pour une grande part.

Mais, la sténose est-elle toujours accompagnée de dysménorrhée (?) (Pajot, 11) dit dans un travail sur ce sujet : Pour la majorité des médecins de femmes, des accoucheurs, et des praticiens qui ont un avis à donner sur un orifice trop étroit, la dysménorrhée et la stérilité sont les conséquences ordinaires de ce vice de conformation ; et par contre, s'ils

sont consultés sur les questions de dysménorrhée et de stérilité, aussitôt se présente à leur esprit l'idée d'un rétrécissement congénital ou acquis des orifices utérins.

Ces opinions sont fondées en partie, mais en partie seulement, car le problème est beaucoup plus complexe.

Quelques observations citées dans le travail de (Pajot, 11) nous montrent : un cas de menstruation absolument régulière ; sang rouge, jamais de douleur, et la femme avait un orifice externe de l'utérus invisible à l'œil nu ; un deuxième cas de malade bien réglée, n'ayant jamais de douleurs pendant la menstruation ; sang rouge pendant 2 jours avec un orifice externe presque invisible ; un troisième cas de malade bien réglée sans douleurs, avec un orifice de 1 millimètre à peine.

D'autres cas très nombreux montrent que des femmes ayant des orifices du col de l'utérus présentant tous les degrés de l'étroitesse, n'éprouvent aucune douleur pendant la menstruation.

La sténose du col de l'utérus s'accompagne donc souvent de dysménorrhée, mais n'est pas une cause fatale de ce symptôme.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'étude de la dysménorrhée et de ses autres causes ; dans les cas où elle se présente comme résultat de la sténose du canal cervical ses symptômes sont les mêmes que dans toutes les dysménorrhées obstructives.

Il nous suffira de conclure que la sténose cervicale est une des causes les plus fréquentes de la dysménorrhée, mais qu'elle n'accompagne pas fatalement le vice de conformation que nous étudions.

B. — *Obstacle apporté à l'évacuation des solides : tumeurs et surtout fœtus.*

Nous n'insisterons pas sur l'obstacle que la sténose du col apporte à l'évacuation des tumeurs pathologiques de l'utérus : polypes, fibromes, etc. Il est facile de comprendre par quel mécanisme. Qu'il nous suffise de signaler la présence de certains polypes dits intermittents, et à long pédicule qui peuvent venir s'enfoncer comme un coin à la partie supérieure de l'orifice interne et alors obstruer complètement cet orifice qui, déjà sténosé, ne les laisse pas passer comme le ferait un col normal.

(Sims, 3) en a vu un bel exemple et relate ainsi l'observation : Malade âgée de 32 ans, mariée à 24, stérile, qui avait quelques années avant son mariage une dysménorrhée qui depuis était devenue plus cruelle encore. Les douleurs étaient atroces pendant deux heures au second jour des règles. Soixante médecins l'avaient soignée pendant le cours de 12 années, sans obtenir de soulagement durable. Sa santé générale était bonne ; le seul trouble qu'elle éprouvât semblait tenir à la terreur que lui inspirait la dysménorrhée.

Le volume et la position de l'utérus étaient normaux ; l'orifice du col très étroit, mais le col lui-même souple. Une première dilatation suivie de l'examen digital ne fit reconnaître la trace d'aucun polype, ni fibrome, ni courbures du canal. Malgré la dilatation les accidents continuèrent. Incision bilatérale du col juste avant les règles qui d'ailleurs furent aussi douloureuses et ce, pendant les trois mois suivants. Alors exploration nouvelle, nouvelle dilatation ; la tente

éponge employée, fut retirée et amena à sa suite un polype de la grosseur d'un pois.

Cette tumeur, après la dilatation, s'avavançait dans l'orifice interne, le doigt introduit la refoulait dans le corps utérin ; elle put être saisie entre des pinces et enlevée.

Au moment des règles, cette tumeur pressée de haut en bas par des caillots, mettait obstacle à leur issue, d'où dysménorrhée qui existait jusqu'à la dilatation de la partie sténosée, ou bien jusqu'à ce que la tumeur soit elle-même chassée de bas en haut dans la cavité utérine par le déplacement des caillots et la contraction utérine.

Cette observation nous a paru intéressante à relater, car si le canal eût été normal, le polype si minime aurait facilement franchi l'orifice interne et s'y serait promené comme le font ordinairement les tumeurs à long pédicule, qui tantôt apparaissent, tantôt disparaissent.

La sténose du canal cervical dans l'accouchement. — Les accidents que produit la sténose du canal cervical lors de l'issue du fœtus, sont beaucoup plus graves.

En 1894 (Zoïnalovitch, 48) rapporta l'observation d'une malade âgée de 38 ans, entrée à l'hôpital dans un état fort précaire. Elle était enceinte depuis 11 mois et avait depuis deux mois des douleurs abdominales violentes. Les seins étaient gonflés, présentaient les signes de la lactation ; la malade ne percevait plus les mouvements fœtaux.

A son examen à l'entrée, on remarque un col dilaté, mais, par suite d'une sténose du canal cervical, la tête du fœtus, pressant sur le col, l'avait amené à la vulve. Position en O I G A. On dut sectionner la cicatrice du col sténosé, procéder à la basiotripsie pour extraire un fœtus mort et macéré. Les suites furent très heureuses.

Il s'agissait d'une sténose cicatricielle du col, qui s'était produite d'après l'auteur au cours de la dernière grossesse, remontant à deux ans et probablement à la suite d'une sténose congénitale du col.

(Taurin, 41), dans sa thèse sur le rétrécissement cicatriciel du col de l'utérus au point de vue de l'accouchement, en 1894, relate deux observations de multipares qui, avant la sténose, avaient accouché normalement. Ces deux malades avaient été traitées par des crayons au chlorure de zinc. La rigidité du col rendit l'accouchement impossible. Dans le premier cas, on dut faire une basiotripsie au travers d'un col fort peu dilaté, dans un deuxième cas, l'accouchement ne put se faire et la malade succomba. L'auteur divise alors la rigidité en fausse rigidité ou spasmodique et en rigidité vraie ou cicatricielle.

(Audebert, 68), dans une étude toute récente sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col, montre que l'opération de Schröder n'est pas aussi innocente que le disait (Ducasse, 67) dans sa thèse en 1889.

Il rapporte entre autres l'observation d'une femme qui eut, après l'opération de Schröder, une grossesse qui se termina par un cas de dystocie spéciale.

L'aspect du segment inférieur du col est anormal, il est dur, rigide sur une large étendue, l'orifice utérin présente un bourrelet fibreux très appréciable, mince et tendu, creusé de petites dépressions de quelques millimètres, au milieu desquelles ce bourrelet n'existe plus. A la périphérie se trouve une zone cicatricielle formant un anneau complet, plus large sur les parties latérales où il atteint trois centimètres, qu'en avant et en arrière où il mesure seulement un centimètre et

de mi. Le segment inférieur, très aminci, coiffe exactement l'extrémité céphalique du fœtus. Malgré des contractions énergiques et fréquentes, le col reste rigide avec le bourrelet quasi-cartilagineux qui cercle l'orifice utérin. Lorsque le liquide s'écoule d'odeur fétide, une intervention est urgente. Comme aucun agent de dilatation serait suffisant, il est procédé à l'incision bilatérale aux ciseaux. Au moment de la section, on entend un bruit sec, comme produit par la déchirure d'un morceau de parchemin, et immédiatement les lèvres de la plaie s'écartent. La limite de la zone cicatricielle est dépassée par l'incision. Le forceps retire en O. S. directe et sans difficulté, un fœtus vivant.

Trois jours après, le toucher permet de constater que le col est repoussé en partie et est notablement court, une sorte d'anneau incomplet (orifice interne), le limite en haut, et de chaque côté le doigt rencontre une encoche profonde, d'environ 1 centimètre.

Dans un autre cas, à la suite d'amputation du col une femme devient enceinte ; elle est accouchée à la clinique Baudelocque ; on a une présentation de l'épaule ; au moment de la manœuvre de Mauriceau, dans le cours de la version par manœuvres internes, la tête, bridée par l'orifice utérin sténosé, ne put être dégagée qu'avec beaucoup de peine par l'accoucheur, pendant qu'un aide refoule le col ; un craquement articulaire est entendu au moment du dégagement de la tête et l'enfant naît en état de mort apparente, on ne peut le ranimer qu'avec beaucoup d'efforts.

Une troisième observation d'embryotomie pour un fœtus mort et macéré avec dilatation incomplète à la suite d'opération de Schrœder, montre que la femme avait un col pré-

sentant un petit bourrelet d'un demi-centimètre d'épaisseur, irrégulier, de consistance moyenne, mais présentant sur le pourtour une série de tubercules indurés du volume d'un noyau de cerise. Ces tubercules circonscrivent un orifice qui laisse à peine passer l'extrémité du doigt.

Dans une autre observation, la femme, après deux grossesses normales, subit l'amputation du col par le procédé de Schröder ; une troisième grossesse survient, la poche des eaux se rompt prématurément avec issue de liquide verdâtre. Le toucher donne alors les sensations suivantes : col court, résistant, orifice très élevé : au détroit supérieur, près de la symphyse, laissant à peine passer l'extrémité de l'index. Le col ne fait aucune saillie. Sur le côté droit du segment inférieur, on constate une surdistension de l'utérus. Cinq jours après basiotripsie au travers d'un col très peu dilaté, malgré l'application d'un ballon de Champetier appliqué à deux reprises différentes, et peu gonflé à cause de la tétanisation de l'utérus. Le basiotribe pénètre difficilement, on doit recommencer car l'instrument a dérapé. Cette femme après l'amputation du col par Schröder avait eu une sténose, presque une atrésie complète, qui avait nécessité de nombreuses séances de dilatation.

Ces diverses observations nous montrent suffisamment les accidents consécutifs à la sténose du conduit cervical pendant le travail de l'accouchement et dans les sténoses congénitales et surtout dans les sténoses cicatricielles.

C. — *Obstacle apporté à l'issue des sécrétions pathologiques.*

En juillet 1896, (Newmann, 64) reprenant l'étude de la sténose de l'orifice du col de l'utérus, trouve qu'aujourd'hui on ne

tient pas assez compte de cette malformation comme cause d'affections utérines.

Il fut un temps où l'on ne s'occupait en gynécologie que de cette question, aujourd'hui certains auteurs nient son existence.

Entre cette négation et l'excès du début il faut tenir une juste mesure. On doit y ajouter une certaine importance et lui donner la place qui lui appartient dans l'étiologie d'un certain nombre d'affections utérines.

Nous avons vu précédemment sa fréquence et les conséquences qu'elle produit au point de vue dysménorrhée et stérilité.

Montrose de Palerme disait en 1867 devant l'*American Medical Association*, qu'une menstruation irrégulière coïncide toujours avec une maladie de l'utérus, que toute anomalie utérine tend à déformer l'organe dans son corps ou dans son col ou dans les deux.

Dix ans après le même auteur, à la Société médicale de New-York, dit que ces propositions sont vraies en général, mais sans être invariablement vraies, car une menstruation irrégulière peut être la conséquence d'une maladie générale.

Dans la pathologie de Pallen et de Schröder nous voyons que toutes les fois qu'il y a sténose, il y a forcément maladie utérine.

L'endométrite, la métrite, la salpingite, l'oophorite en sont la conséquence presque fatale.

Aujourd'hui que la bactériologie a fait connaître la cause première de ces diverses affections, nous comprenons très bien le mécanisme de ces diverses infections.

La sténose du col empêche la sécrétion normale du col de

s'écouler à l'extérieur, il reste un bouchon muqueux qui obstrue l'orifice du cervix. Nous verrons le rôle que ce bouchon muqueux joue dans la production de l'obstacle à l'entrée des spermatozoïdes ; il joue le même rôle à l'égard de l'issue des sécrétions pathologiques.

Sa présence seule est une cause d'irritation ; de là l'endométrite limitée, cervicale, qui s'observe toujours dans les cas d'étroitesse de l'orifice externe.

Cette endométrite peut se propager au corps de l'utérus et donner lieu à une endométrite totale qui se traduira surtout par une métrite hémorrhagique, car dans ces cas simples il n'y a pas infection microbienne.

Mais qu'une infection microbienne survienne dans ce milieu muqueux, qui est favorable au développement des micro-organismes, ils étendront rapidement leurs ravages, le bouchon obstruant le col fait de l'utérus entier un vase absolument clos.

Nous savons quelle importance cette théorie du vase clos a pris dans le courant de cette dernière année comme cause pathogénique de l'appendicite, il en est de même, comme le professe M. le Dr Pozzi dans ses leçons, pour la cavité utérine.

Une infection microbienne sera moins rapidement grave dans un utérus à orifice largement ouvert que dans un utérus à orifice étroit, toujours obstrué par un bouchon muqueux.

On comprendra facilement que si cette sténose n'est pas la cause déterminante, le microbe seul étant le principal malfacteur, elle est au moins une grande cause favorisant son établissement et son développement.

Quelques observations absolument typiques que nous avons pu suivre nous-même ou que nous avons trouvées dans

la littérature médicale, vont montrer quelles peuvent être les suites d'une sténose du col dans la production d'un obstacle à l'issue des sécrétions pathologiques.

Diverses affections peuvent exister ; nous étudierons : les maladies, chez les vierges, chez la femme en période de vie génitale et chez la femme même après la ménopause.

1° Maladies dues à la sténose du col chez les vierges. — ENDOMÉTRITE CERVICALE GLANDULAIRE. — La formation d'un bouchon muqueux acide, dû à la sécrétion normale des glandes du col, et qui ne peut sortir à cause de l'étroitesse de l'orifice externe, finit par irriter la muqueuse du col et créer cette affection.

Souvent dans ces cas on rencontre de petits kystes glandulaires qui viennent encore augmenter la sténose, obturer complètement l'orifice.

Contre cette endométrite spéciale, connue de tous les auteurs qui se sont occupés de la question, on a pratiqué de nombreux curettages, mais toujours, après une amélioration passagère, le mal se reproduisait, à cause de la sténose, qui elle-même réapparaissait après la dilatation.

MÉTRITE. — L'endométrite cervicale peut se propager au corps de l'utérus et donner lieu à un état pathologique se traduisant par tous les signes de la métrite parenchymateuse, avec utérus gros, large, épaissi dans l'ensemble de ses parois, une muqueuse fongueuse ramollie, saignant facilement. Au point de vue clinique, tous les symptômes de cette affection existent. C'est ainsi que nous trouvons dans une observation d'une malade de ville opérée par M. Pozzi les détails suivants : Mlle D. présentait un col ulcéré avec un petit polype folliculaire du volume d'un grain de blé. Le cathétérisme montra un

utérus en rétroversion, avec un peu de coudure du col. La cavité mesure 9 cent. 1/2. Le cathétérisme n'a pu être pratiqué qu'après l'incision bilatérale du col, à cause de l'extrême étroitesse de l'orifice.

Un curettage est alors pratiqué avec la curette de Sims à cause de la friabilité des tissus. On est frappé de l'étendue de la cavité de l'utérus et en particulier de ses dimensions transversales, la curette s'y meut facilement.

On retire une grande quantité de muqueuse fongueuse venant par lambeaux veloutés. La cavité saigne beaucoup. Irrigation prolongée d'eau stérilisée.

Chez cette malade il n'y avait aucun antécédent d'infection, ni générale ni locale. La sténose de l'orifice était seule la cause de l'affection. Le petit polype augmentait encore l'occlusion du conduit et ne permettait pas aux sécrétions pathologiques de s'évacuer à l'extérieur.

MÉTRITE HÉMORRHAGIQUE. — La métrite virginale hémorrhagique reconnaît ordinairement pour cause l'extrémité du conduit cervical. Si cette cause était plus souvent recherchée, il est certain qu'on la trouverait presque toujours.

Une des malades opérées par M. Pozzi dans son service à l'hôpital Pascal, Mlle R. M... était entrée pour des phénomènes de dysménorrhée avec ménorrhagies et métrorrhagies abondantes, d'une durée de deux mois, ayant anémié complètement la malade.

Cette métrite hémorrhagique était si bien le fait de la sténose du col, qu'après la stomatoplastie, pratiquée en décembre 1897 il y a plus d'un an, les règles viennent sans douleur, sans grande abondance, la malade nous écrit que depuis, elle a été toujours complètement guérie, sans retour d'aucun des

accidents qui l'avaient rendue si malade depuis l'âge de 13 ans jusqu'à l'âge de 22 ans, époque à laquelle elle a subi l'opération.

Cette malade n'a jamais été mariée et ne l'est pas encore. Elle n'a jamais eu aucune infection, ni maladie autre.

Nous avons le souvenir d'une autre jeune fille que nous avons observée dans le service de notre maître Landrieux, alors que nous étions externe à Lariboisière. Cette malade avait un col conique avec sténose de l'orifice externe ; elle souffrait de dysménorrhée avec ménorrhagies et métrorrhagies très abondantes. Nous lui pratiquâmes le curettage avec drainage, tel qu'il était en honneur à cette époque.

Le soulagement, la guérison même suivit ce traitement ; mais elle ne fut pas de longue durée, car trois mois après, la malade revint avec les mêmes symptômes, la sténose s'était reformée aussi serrée qu'avant l'intervention et avait reproduit les mêmes désordres.

SALPINGITE ET OOPHORITE. — La salpingite, surtout hémorrhagique, se rencontre chez les vierges, mais ordinairement c'est une sténose ou atrésie au niveau de l'orifice tubaire, ou bien toute autre cause qui ne nous intéresse pas ici.

Cependant, dans certains cas, l'évolution de la maladie montre qu'il existe une relation de cause à effet entre ces salpingites virginales et le vice de conformation du col.

Une observation d'une malade de ville, opérée par M. Pozzi, nous semble assez explicite à cet égard.

Mlle N..., âgée de 24 ans, avait été curettée en Amérique pour métrite virginale ; déjà à cette époque, le chirurgien qui l'avait opérée avait remarqué que des lésions annexielles existaient des deux côtés. Le curettage n'ayant amené aucune

modification heureuse, la malade fut adressée à M. le D^r Pozzi et vint à Paris pour se faire soigner par lui.

A l'examen, notre maître constata l'existence d'un col conique très allongé avec utérus infantile, mais les lésions des annexes étaient trop avancées ; surtout des adhérences nombreuses immobilisaient les organes complètement.

Une laparotomie fut décidée. A l'opération, les annexes étaient prolabées, très adhérentes à la face postérieure de l'utérus. M. Pozzi les examina soigneusement, mais les deux trompes étaient oblitérées, dures, épaisses, les ovaires étaient tous les deux kystiques, il n'y avait pas assez de tissu sain pour qu'on songeât à une simple résection, la castration dut donc être faite.

Cette salpingite double sans infection blennorrhagique, caractérisée seulement par l'épaississement de la muqueuse ; ces ovaires complètement dégénérés chez une vierge, déjà antérieurement atteinte de métrite et ayant une sténose du col avec conicité, peut, à juste titre, être signalée comme le résultat de la sténose du col.

2^o Maladies dues à la sténose du col chez la femme en activité de la vie génitale. — Chez la femme, nous pouvons retrouver toutes les affections que nous avons décrites chez la vierge, mais un élément de plus vient créer des désordres beaucoup plus graves : l'infection et surtout l'infection blennorrhagique avec tout son cortège, métrite, péri-métrite, salpingite, péri-salpingite, ovarite, abcès pelviens.

Toutes les malades atteintes de ces affections n'ont pas assurément un col étroit quant à ses orifices, mais comme nous l'avons dit, cette sténose avec son bouchon muqueux est un bon milieu de culture et favorise l'éclosion des accidents en

*

même temps qu'il hâte leur apparition et augmente leur gravité.

Une observation recueillie dans le service de M. Pozzi par notre collègue et ami Estrabaut, interne du service, nous montrera la rapidité avec laquelle des symptômes graves apparaissent, à la suite d'une infection, chez les malades ayant un col à orifice étroit.

La nommée K..., blanchisseuse, âgée de 23 ans, entre à l'hôpital Pascal, salle Broca, lit n° 10, le 21 janvier 1898. Réglée à 14 ans 1/2, régulièrement mais avec douleurs. Aucun antécédent génital, pas de grossesse ni fausse couche.

La malade a eu ses dernières règles le 23 janvier avec 3 jours d'avance. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire vers le 10 janvier, une infection blennorrhagique aiguë se déclare, avec pertes abondantes, jaunes verdâtres, tachant le linge en jaune. Aucune douleur en urinant ; aucune douleur ni au repos, ni pendant la marche. La malade se soumit à un traitement chez elle, consistant en injections d'eau boriquée ; comme aucune amélioration suivit ce traitement, elle se décide à entrer à l'hôpital.

A son entrée, l'état général est excellent, aucune douleur, apyrexie complète, 37°.

A l'examen, on constate un utérus petit, infantile, avec col conique, allongé et orifice externe très étroit. Cet utérus est repoussé en avant par une tumeur qui bombe dans le cul-de-sac postérieur et qui est fluctuante. Malgré la présence de cette tumeur, à cause de l'absence de douleurs et de l'apyrexie, la malade est mise au repos et en observation avec injections chaudes. Cet état persiste pendant 10 jours, mais aucune résolution n'a tendance à se manifester.

Le 30 janvier, la température s'élève à 38° le matin, 38°4 le soir (température rectale), le 31 au matin 38°2. L'intervention s'impose, M. le Dr Pozzi pratique alors l'incision du cul-de-sac postérieur, il s'écoule 2 grands verres de pus fétide. Les suites de l'intervention furent normales.

Cette observation nous montre la rapidité avec laquelle l'infection blennorrhagique a évolué, en moins de huit jours une suppuration pelvienne s'est établie. Il est certain que le gonocoque, emprisonné dans le col, s'est développé dans l'espace clos et a donné lieu à une lymphangite suppurée, à une pelvi-péritonite aiguë. L'avenir de cette malade sera probablement la salpingite grave avec nécessité d'une hystérectomie vaginale.

Dans les cas de tumeurs abdominales, fibromes, kystes et surtout kystes dermoïdes, il se fait ordinairement un écoulement par l'utérus. L'infection de la muqueuse utérine du fait des fibromes est assez connue. Un col conique avec orifice étroit peut rendre l'affection rapidement grave, si la moindre infection survient.

Nous signalerons un cas que nous avons observé chez une malade de ville opérée par M. Pozzi.

Mme A... était atteinte de fibromes de l'utérus, occasionnant, de temps à autre, des pertes abondantes et d'odeur fétide. Cette affection existait depuis déjà quelques années sans produire aucun symptôme grave ; la malade, souvent examinée, subissait un traitement médical soigné, stations balnéaires, injections, repos, etc... Elle est âgée de 50 ans environ ; depuis deux ans la ménopause est survenue, la malade n'a plus eu ses règles, lorsqu'il y a environ dix mois, elle eut une perte assez abondante suivie de pertes légères les deux mois suivants.

L'examen au spéculum avait montré la présence d'un col très conique avec orifice très étroit, ayant produit de la dysménorrhée et la stérilité. Plusieurs médecins consultés au sujet de cette stérilité n'avaient jamais songé à l'influence de la forme du col et de l'étroitesse de l'orifice.

Au mois d'octobre 1897, la malade vint se faire examiner de nouveau à Paris, elle ne souffrait pas plus que de coutume, avait un état général excellent. Le lendemain de cet examen, des douleurs abdominales atroces se déclarèrent, la malade dut garder le lit ; aucune médication ne peut calmer ses douleurs qui s'accompagnent de ballonnement du ventre et vomissements, la température est à 39°5.

Cet état persistant le lendemain, le médecin qui la soignait demande la présence d'un chirurgien. M. le Dr Pozzi déclare une opération urgente et pratique une laparotomie dans la nuit du troisième jour après le début des accidents. On enleva un fibrome du ligament large complètement sphacélé, siégeant à droite de l'utérus et en même temps un kyste dermoïde du côté droit. La poche ne pouvant être fermée est marsupialisée. L'utérus était fibromateux, mais sans que ses fibromes, petits, nécessitent une hystérectomie abdominale totale du reste impossible à tenter vu l'état de la malade et la durée de l'opération.

Les suites opératoires furent bonnes tout d'abord, mais la température oscillait toujours entre 37°6 et 38°5 (température vaginale).

Il existait un léger empâtement profond du côté gauche de l'utérus, mais peu accessible, ni par la palpation abdominale, ni par le toucher vaginal.

Cet état persista en s'aggravant jusqu'au mois de février

1898, lorsque la température monta à 39°5, avec état général mauvais, facies terreux, délire, amaigrissement, douleurs abdominales atroces. M. Pozzi appelé en hâte constata la présence d'un abcès, haut situé, derrière l'utérus et tenta de l'aborder par le cul-de-sac vaginal. Après une opération pénible, il put ouvrir largement une poche purulente située très haut dans l'abdomen, et contenant deux grands verres de pus horriblement fétide. Un drain en croix fut placé, la cavité irriguée, etc...

Les suites furent heureuses la température tomba le surlendemain à 37° et la malade se rétablit.

Pendant les pansements, je remarquais que l'orifice du col était toujours oblitéré, et en pressant sur ses parois avec le spéculum, il en sortait un magma purulent à odeur souvent fétide. Lorsque la poche fut comblée complètement, l'écoulement du col devint franchement muqueux, mais il existait toujours un bouchon qui obliterait ce col.

La rapidité et la gravité des symptômes relatés dans cette observation nous semblent dus à la présence de ce col conique ; une infection légère est portée dans l'utérus, la cavité close forme un milieu de culture et l'infection marche avec une telle allure.

3° La sténose du col après la ménopause. — (Johnson, 63) a étudié en 1895 les phénomènes pathologiques dus à la sténose du col chez les femmes après la ménopause ; le résumé de son travail nous a paru intéressant à relater.

Les conclusions sont les suivantes : La sténose du col après la ménopause a été très peu étudiée et cependant elle est plus fréquente que l'on ne pense.

On peut faire des erreurs de diagnostic dans beaucoup de

cas. Ces erreurs proviennent de ce qu'on a fait plutôt attention aux phénomènes nerveux qu'à la cause réelle de la maladie.

La sténose est une condition physiologique provenant de l'atrophie du corps utérin.

L'utérus pendant la ménopause doit être surveillé de près et toute inflammation doit être soigneusement traitée ; le canal doit être maintenu béant par le passage d'un drainage convenable. Tous les cas de sténose du col, lorsque l'utérus n'est pas encore atrophié, doivent être opérés immédiatement, même avant l'apparition des symptômes.

L'opération ne présente aucun danger, si elle est faite avec toutes les règles d'antisepsie rigoureuse.

Beaucoup de symptômes obscurs, pendant ou après la ménopause, sont produits par la présence du pus et de débris retenus dans l'utérus à cause de la sténose de son col.

Ces symptômes sont promptement soulagés par le traitement. Ce sujet est plus important que l'on ne croit et mérite une étude sérieuse de la part du médecin.

L'auteur étudie l'affection, ses causes et ses signes, son diagnostic, nous n'y reviendrons pas ici, ce sont ceux que nous avons indiqués dans le courant de ce travail, seule l'étiologie présente ce caractère particulier : que la réduction du volume de l'utérus est mise en cause dans les sténoses physiologiques ou simples, les sténoses acquises existent aussi, elles sont dues à des causes pathologiques : le cancer, les fibromes, les inflammations catarrhales, les polypes, les cicatrisations vicieuses à la suite d'interventions.

Trois observations sont ensuite relatées.

1^{er} CAS. — Sténose du col sept ans après le début de la ménopause.

La malade souffrait surtout de phénomènes nerveux et avait subi un traitement médical sans résultat.

Le 21 mars 1895. — L... âgée de 54 ans se présente au dispensaire central à Emergency Hospital.

Mariée, elle a eu un enfant et aucune maladie antérieure. Née en janvier 1840, aucun phénomène pathologique jusqu'en 1866. Pas d'antécédents héréditaires.

Premières règles à l'âge de 13 ans, normales, mariée en 1863, accouchée à terme en 1865. Trois ans après eut une maladie de matrice, consulta de nombreux médecins sans obtenir de soulagement.

Les règles cessèrent en 1886 et depuis la malade eut toujours une mauvaise santé.

En juillet 1887, après examen, elle fut traitée comme folle et enfermée dans un asile spécial où elle ne gagna qu'une anémie considérable.

Depuis la cessation des règles, la malade se plaint de maux de reins, de douleurs à l'hypogastre ; elle urine fréquemment et avec beaucoup de difficulté.

Du côté des organes génitaux : leucorrhée intense avec excoriation des parties génitales externes.

Phénomènes généraux graves, perte d'appétit, nausées, vomissements, constipation opiniâtre, palpitations de cœur, vertiges, troubles de la vue, de l'ouïe, parole lente, manque de raisonnement, tremblement et contorsions des membres ; folie de la persécution. Pouls rapide, et à l'examen abdomen distendu par les gaz. Prolapsus de l'urèthre, vagin enflammé, prolapsus de ce vagin, sécrétion muco-purulente.

Au toucher : utérus petit, mais plus large qu'il n'est normalement à son âge, mou, en rétroversion ; les deux trompes fluctuantes douloureuses au toucher.

Au spéculum, col avec orifice à peine perceptible.

Diagnostic : sténose du canal cervical avec rétention.

Opération le 24 mars. — Incision au bistouri, suivie d'évacuation de pus verdâtre, d'odeur répugnante, lavages, applications antiseptiques,

drainage continué pendant deux semaines, guérison complète de tous les symptômes nerveux, généraux et locaux.

Le 4 avril, un anneau de tissus du col de l'utérus est enlevé, faisant une ouverture plus grande que l'ouverture normale.

La guérison complète persiste, mais l'utérus est toujours en rétroversion et adhérent.

Il est certain que cette affection était inconnue, vu le grand nombre de médecins qui ont soigné la malade.

2^e Cas. — Mme W..., 50 ans, veuve depuis 1 an, entre à l'hôpital, le 6 juin 1895.

Réglée à l'âge de 15 ans a eu un enfant il y a 30 ans. Aucune maladie depuis son enfance, ménopause depuis 4 ans. Depuis la ménopause, douleurs dans les reins, fatigue pendant la marche, urines fréquentes, leucorrhée, perte d'appétit, constipation, nervosisme, contractions des membres. Amaigrissement depuis quelque temps, insomnie, convulsions.

Cette malade a consulté un grand nombre de médecins qui n'ont pas examiné sa matrice, parce qu'elle a passé l'âge de la période menstruelle et qu'elle n'a pas d'hémorrhagies. Examen : déchirure du périnée ; utérus petit et mou. Sténose de l'orifice interne. On fait passer une sonde en forçant un peu, il sort du muco-pus. La malade est soulagée ; elle décrivait sa sensation, comme si on lui avait enlevé un poids très lourd. Elle a continué à s'améliorer et a été guérie par le même traitement que dans le cas précédent.

3^e Cas. — Cette observation d'une laparotomie pour une tumeur énorme carcinomateuse, montre seulement que la sténose du col peut induire en erreur, au point de vue du diagnostic précis, dans les affections utérines.

Ce travail nous remet en mémoire un cas de métrite purulente, chez une femme âgée que nous avons observée durant notre dernière année d'internat chez M. Pozzi, et qui, avec des phénomènes nerveux internes, avait un gros utérus doulou-

reux. L'examen nous montra un col avec orifice très étroit, que nous dûmes dilater. Il s'en suivit l'évacuation de matières sanieuses purulentes, le drainage guérit l'affection. Nous n'avons pas eu l'occasion de revoir la malade, afin de donner son observation avec plus de détails.

§ 2. — Obstacle apporté à l'introduction des liquides dans l'utérus.

La stérilité. — Si, comme nous l'avons vu, la sténose ne donne pas toujours la dysménorrhée, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître qu'elle est une cause constante de stérilité. Les cas sont nombreux, dans lesquels on rencontre la stérilité, alors qu'il n'existe aucun symptôme de maladie, au moins en ce qui concerne les souffrances physiques. La menstruation peut être absolument normale, sans douleurs de reins, sans ténesme vésical, sans pesanteur, et sans qu'il existe, ni pertes, ni aucun signe de maladie. Si on explore l'utérus, on le trouve d'un volume naturel, dans une position normale, avec un canal cervical parfaitement droit, mais alors l'orifice est étroit et s'il existe en outre de celà de l'induration du museau de tanche, la femme est nécessairement stérile, car, pendant que l'orifice et le canal cervical sont assez larges pour permettre au sang menstruel de s'échapper de l'utérus, l'orifice lui-même n'a pas assez d'amplitude pour recevoir la liqueur fécondante, condition sans laquelle la conception ne saurait avoir lieu.

De nombreuses observations sont citées partout comme preuve. Les femmes stériles forment deux grandes classes :

celles qui n'ont jamais eu d'enfant et celles qui, en ayant eu déjà, cessent pour une cause ou pour une autre de concevoir de nouveau. On voit des exemples manifestes de cas de cette dernière classe chez les femmes dont l'orifice utérin s'est trouvé sténosé, à la suite d'applications de caustiques ou d'opérations diverses.

(Sims, 3) a observé 250 femmes mariées et n'ayant jamais eu d'enfant. L'état du col fut particulièrement observé chez 218, les 32 autres ont été exclues à cause de complications qui devaient détruire ou contrebalancer l'influence que les particularités du col pouvaient exercer sur la stérilité.

Dans ce nombre, on trouve 71 cols fléchis, dont 52 avec col conique ; 147 cols droits, dont 123 avec col conique. Le col conique existait donc dans 85 0/0 environ de tous les cas de stérilité naturelle. Cette variété de col en effet ne présente pas autour de son orifice la petite cupule que nous avons décrite devoir exister normalement. C'est dans cette cupule que se place la liqueur fécondante ; elle y est maintenue, et de là traverse le conduit cervical, tandis que sur un col conique les pentes sont glissantes de tous les côtés autour de l'orifice, l'entonnoir n'existe pas. Telle est du moins l'opinion de (Pajot, 11).

Pour (Pozzi, 66), la stérilité est une conséquence réelle de la sténose du col, quoique depuis Sims on en ait exagéré l'influence, et, à ce point de vue, ce n'est pas tant par l'obstacle mécanique, opposé à l'entrée du sperme, qu'agit la difformité. Quelque étroit que soit le passage, il serait toujours suffisant ; c'est plutôt à ce qu'on pourrait appeler « l'engouement muqueux de la cavité cervicale », qu'il faut attribuer la stérilité. Normalement, au moment du coït, le col, sous l'in-

fluence de l'éréthisme que (Rouget, 8) a comparé à une véritable érection, expulse le mucus qu'il contient. A sa place, du mucus vaginal alcalin, mêlé de sperme, pénètre dans sa cavité, soit par une sorte d'aspiration, résultant de la cessation de l'organe vénérien, soit simplement par l'effort de la capillarité. Or cet échange est absolument entravé par l'étroitesse de l'orifice externe, qui oppose à l'accès du sperme un épais bouchon de mucus acide.

L'étude de la stérilité a donné naissance à de nombreux travaux et à de nombreuses discussions ; nous allons voir les opinions diverses émises au sujet de ce qui nous intéresse ici : la stérilité purement mécanique et consécutive à la sténose du canal cervical de l'utérus.

Pour (Pajot, 11), dans la dysménorrhée, les deux orifices sont sténosés. La sténose de l'orifice externe doit être seule incriminée comme cause de stérilité. Comment, dit-il, les spermatozoïdes passent par un orifice de trompe chez une nullipare, orifice à peine visible à l'œil nu, et ils ne passeraient pas, une fois engagés dans le canal, par l'orifice interne du col, quel qu'il soit, chez une femme bien menstruée. L'absence de la cupule normale est pour lui une des principales causes de l'obstacle, et cette absence coïncide toujours avec un orifice très étroit.

(Vedeler, 51) de Christiania a examiné 310 femmes stériles après un an de mariage, il accuse le mari dans 70 0/0 des cas. Dans seulement 30 0/0, l'endométrite ou des malformations sont en cause. Pour cet auteur, c'est l'endométrite qui joue le principal rôle.

(Groef, 52) accuse le col de forme tapiroïde.

Pour (Gibb, 45) l'orifice externe du conduit est seul en cause.

(Grandin, 54) croit que l'endométrite seule doit être accusée, c'est elle qu'on doit traiter et non la sténose du canal qui est sans importance.

(Harrison, 55) pense de même.

(Dierner, 55), (Seeligmann, 40), (Noll Harsan, 42), (Lagarde, 43), etc., accusent aussi la sténose du col.

La sténose du col est donc une cause importante de stérilité. A ceux qui accusent l'endométrite cervicale, nous répondrons, comme nous l'avons vu, que la sténose est elle-même une cause de cette affection, par conséquent la cause primordiale siège dans l'étroitesse de l'orifice et surtout de l'orifice externe seul. La sténose de l'orifice interne est assez rare, on s'en occupe fort peu ; nous verrons du reste en étudiant le traitement, que c'est à l'orifice externe surtout que l'on doit s'attaquer.

La sténose du canal cervical s'est montrée à (Blondel, 37), comme un moyen pour ainsi dire curateur de la salpingite. Dans deux cas de pyosalpinx volumineux, s'accompagnant de sténose du canal, ce conduit s'étant oblitéré complètement, les orifices tubaires se seraient dilatés, auraient laissé passer le pus dans la cavité utérine et de là lui auraient permis de s'évacuer par la voie naturelle.

L'auteur dit même qu'il songe à produire une oblitération artificielle dans les cas de salpingite, afin de permettre leur évacuation par les orifices tubaires et de là au dehors.

De l'étude que nous venons de faire, il ressort que l'étroitesse des orifices du canal cervical n'est pas une quantité négligeable dans l'étude de la gynécologie. Nous avons vu qu'elle

est une des causes principales de la dysménorrhée et de la stérilité, qu'elle est le facteur direct de nombreuses affections utérines, maladies susceptibles de nécessiter plus tard une intervention sérieuse, si leur cause n'est pas supprimée tout d'abord.

CHAPITRE IV

Pronostic.

La sténose du col, d'origine congénitale, qui est la plus fréquente, disparaît définitivement après la fécondation et l'accouchement, non pas tant par suite de la dilatation forcée et excessive subie alors par le col que par le changement de structure que la gravidité a imprimé à la matrice tout entière (Pozzi, 66). Mais comme le dit (Sims, 3), si, pour guérir, il faut qu'elle ait un enfant, donnez-lui au moins le moyen d'en avoir ; nous avons vu en effet que la stérilité est une conséquence presque fatale de la sténose congénitale du col. Cette dernière non traitée sera donc incurable par les efforts seuls de la nature. Le chirurgien doit donc avoir pour but de favoriser la fécondation.

Les sténoses cicatricielles ont un pronostic plus sombre, nous avons vu les accidents terribles qu'elles causent surtout au point de vue de l'accouchement.

Si l'affection n'est pas mortelle, ses inconvénients sont suffisants pour qu'un traitement rationnel lui soit appliqué, afin d'éviter ou même de guérir des symptômes alarmants, conséquence directe d'une étroitesse d'un des points du canal cervical ; nous avons vu du reste combien de maladies graves ont comme cause prédisposante, sinon déterminante, la seule sténose du col de l'utérus.

CHAPITRE V

Traitement.

Tout le traitement réside dans la dilatation du canal et le maintien permanent de cette dilatation. Comme le dit (Pozzi, 66) les efforts du chirurgien doivent avoir pour but de favoriser la fécondation, en donnant au col la forme la plus apte à la production de ce phénomène.

La dilatation peut être non sanglante ou sanglante, c'est alors une véritable opération chirurgicale.

Nous passerons en revue tous les modes opératoires qui ont été employés, nous donnerons les opinions émises par les auteurs qui les ont décrits, mais sans nous étendre sur le manuel opératoire de chaque procédé déjà connu, nous insisterons seulement sur ceux qui sont moins connus.

§ 1. — Dilatation non sanglante.

Parmi les auteurs partisans de la seule dilatation, les uns préfèrent la dilatation rapide ou forcée avec ou sans chloroforme, d'autres ont obtenu de meilleurs résultats avec la dilatation lente.

a) **Dilatation rapide.** — (A. Ducke, 30) procède à la dilatation forcée sous chloroforme, et, pour maintenir cette dilatation, place un pessaire métallique qu'il laisse en place pen-

dant trois mois au moins, ce n'est qu'après ce temps que le canal reste perméable.

Beaucoup de gynécologistes et (Madden, 18) en particulier sont de cet avis.

(Gibb, 45) fait la dilatation forcée sous chloroforme et l'accompagne du curettage ; d'autres fois cependant il fait la dilatation lente au moyen de sondes graduées. Il rapporte 31 cas : 19 traités par la dilatation rapide. Cinq cas ont donné des résultats inconnus : des 26 autres, 16 ont été suivis de grossesse. Il a traité 11 cas par dilatation progressive : la dilatation rapide lui a donné 51 0/0 de succès, la dilatation progressive 58 0/0. 16 observations sont relatées dans ce travail.

(Pajot, 11) faisait la dilatation rapide sans chloroforme, mais en plusieurs séances, au moyen d'un dilateur à branches parallèles. La première séance ne devait pas durer plus de 2 à 3 minutes. Il attachait beaucoup d'importance à la façon de dilater. On doit créer une fente transversale de 1 à 2 centimètres, selon la résistance différente des cols, surtout dans le traitement de la stérilité. L'orifice prend alors la forme qu'on lui trouve chez les multipares, et l'on crée pour ainsi dire deux véritables lèvres, une antérieure ou supérieure, l'autre postérieure ou inférieure, disposition éminemment favorable à la rétention d'une petite quantité de liqueur séminale.

Dans le traitement de la dysménorrhée, cette considération n'est d'aucune valeur ; il est indifférent d'employer un dilateur quelconque.

Pour la stérilité, l'orifice externe seul a besoin d'être dilaté, pour la dysménorrhée, il faut dilater les deux orifices.

Au point de vue des résultats : la dilatation définitive ne persiste pas longtemps au même degré, mais quand l'élargissement de l'orifice externe a été porté aussi loin que possible, sans danger, sans hémorrhagie, sans déchirure, l'orifice ne revient jamais au degré d'étroitesse qu'il présentait avant.

(Doléris, 20) emploie la dilatation forcée, surtout dans les cas de sténose nerveuse, il la croit analogue à une sorte d'élongation nerveuse.

b) Dilatation progressive. — (Gibb, 45) l'employait comme nous l'avons vu.

(Cleveland, 54) recommande la gaze iodoformée, qu'il a employée avec succès dans 70 cas.

(Goff, 54) emploie des dilateurs successifs, au besoin le curettage et la gaze iodoformée.

(Dirner de Budapest, 55) recommande les lamineuses ; pour lui, les sondes métalliques forcent moins facilement que la laminaire, la résistance des fibres musculaires de l'utérus, elle facilite la lubrification et la sécrétion des glandes ; de cette façon, l'utérus se rapproche davantage de son état physiologique. Il emploie les lamineuses pendant 2 à 4 semaines et les laisse en place pendant 6, 8 et 12 heures par jour.

Après un traitement d'une durée de trois mois, il a obtenu ce résultat, que les règles, irrégulières jusque-là, revinrent régulières et à peu de temps de là une grossesse survint.

(Samuel Peters, 13) traite la stérilité par la dilatation progressive, au moyen des sondes métalliques de Peaslée, en la pratiquant toujours et seulement pendant la seconde et la troisième semaine après la menstruation.

(Chadwic de Boston, 17) procède de même.

Dans les cas de sténose peu accusée (Pozzi, 66) est partisan

de la dilatation immédiate progressive à l'aide des bougies de Hégard (après ramollissement du col à la laminaire). Cette manœuvre est au besoin combinée à de très petits débridements sur la périphérie de l'orifice du museau de tanche, à l'aide d'un ténotome boutonné, pour faciliter le passage de la fine tige de laminaire.

§ 2. — Dilatation sanglante.

Division superficielle de l'orifice externe de (Mundé, 14). — Deux incisions latérales ou deux petites incisions cruciales suffisent. Dès que les fibres circulaires de l'orifice externe sont coupées, le col se rétracte, devient plus large et plus court. Dès que les incisions sont pratiquées, il introduit un dilateur à branches et rompt les fibres circulaires du col, puis déterge l'orifice externe et les plaies qui le divisent, pour cautériser la muqueuse à la teinture d'iode ; il introduit dans le col un tampon d'ouate, enduit de vaseline, pour prévenir la réunion des lèvres de la plaie.

Opération de (Fritsch de Breslau, 14). — Après l'incision cruciale de l'orifice externe, il enlève aux ciseaux les quatre lambeaux triangulaires circonscrits par les incisions ; il obtient ainsi une petite plaie en entonnoir qu'il remplit de gaze iodoformée.

(Noll, 42) a traité cinq femmes par ce procédé, puis a dilaté le col au moyen de bougies de Hégard ; il a fait de plus sur l'orifice interne une série de petites incisions qu'il a touchées ensuite avec le couteau du thermocautère. Tamponnement du canal à la gaze iodoformée ; repos au lit pendant six jours. Le succès a été complet dans les cinq cas.

DIVISION DU CANAL CERVICAL. — *Discision bilatérale, opération de (Simpson, 2)*. — Simpson pratiquait l'incision bilatérale du col au moyen de son métrotome. Il introduisait l'extrémité de l'instrument jusqu'au delà de l'orifice interne ; il faisait alors saillir la lame et l'incision avait lieu au moment où l'instrument était retiré.

Il répétait ensuite la même opération du côté opposé.

(*Greenhalg, 3*) a modifié l'instrument de Simpson, en lui donnant deux lames, qui coupent à la fois les deux côtés du col et produisent une uniformité de section qu'on n'obtient pas toujours avec une seule lame.

Opération de (Boryssovicz, 33). — Dilatation permanente de l'orifice externe de l'utérus par la ligature des parois latérales du segment inférieur du col.

On fait passer à travers les parois latérales du segment inférieur du col des fils de soie gros et forts que l'on lie en serrant fortement pour arrêter la nutrition des tissus (ligature en masse).

Nous décrirons rapidement le manuel opératoire : l'utérus abaissé, on saisit la lèvre antérieure du col, on introduit une sonde à lavages intra-utérins. Cette sonde se compose d'un tube qui a la moitié de sa longueur divisée en deux branches parallèles formant une anse au niveau de l'extrémité utérine de la sonde. Cette sonde doit écarter la paroi antérieure de la paroi postérieure du canal cervical pour faciliter le passage du fil par le milieu du conduit que forment les deux branches de la sonde, de façon à ne perforer ni la paroi antérieure, ni la paroi postérieure du canal cervical. On se sert de l'aiguille de Hagedorn, avec un double fil de soie. On l'enfonce dans l'épaisseur du col de gauche à droite, à $1/2$ ou 2 centimètres

au-dessus de l'orifice externe du col. Ce fil traverse une des faces latérales, passe entre les deux branches de la sonde, puis sort par l'autre paroi latérale du col. La sonde est alors retirée et amène par le conduit le milieu du fil, qui est sectionné. On a donc huit chefs : 2 chefs à gauche du col, pendants entre le col et la paroi vaginale ; 2 chefs à droite du col entre le col et la paroi vaginale ; 4 chefs sortent par l'orifice du col. On lie une anse prenant une des parties latérales du col, on la lie fortement ; l'autre anse qui prend ce même côté est pincée. C'est une anse d'attente. Il est procédé de même de l'autre côté du col. Ces fils d'attente sont liés fortement à leur tour, trois jours après l'opération. Au bout de 12 à 16 jours, les ligatures tombent d'elles-mêmes, les bords de l'orifice sont cicatrisés, l'orifice utérin se présente sous l'aspect d'une fente aux extrémités de laquelle on voit deux enfoncements, dus à la pression exercée par les nœuds sur les tissus et donnant à l'orifice la forme d'un biscuit.

(Lwof, 49) a simplifié ce procédé. — Il dilate le segment inférieur de la portion vaginale du col par la ligature. Il supprime la sonde spéciale et lie séparément chaque partie du col. Les fils coupent les tissus, soit spontanément, soit par traction et s'éliminent au bout de 9 à 12 jours. On a alors un orifice large en forme de fente, sans cicatrice et sans éversion de la muqueuse.

L'auteur croit ce procédé bon pour les sténoses de l'orifice externe où il n'y a ni allongement, ni hypertrophie et où la stomatoplastie est impossible. Les avantages sont de ne pas donner de cicatrice et de ne pas faire de plaie.

Ces procédés datent : le premier de 1893, le deuxième de 1894. Nous les avons décrits avant l'opération de Sims, mal-

gré leur date toute récente, car l'opération de Simpson et ces procédés nous semblent plutôt moins chirurgicaux que ceux que nous allons décrire.

Opération de (Sims, 3). — La femme est placée sur le côté gauche, le spéculum introduit, un ténaculum recourbé est porté au centre de la lèvre antérieure du museau de tanche, l'utérus est poussé légèrement en avant. Une des lames d'une paire de ciseaux courbes est passée dans le canal cervical, assez profondément pour que l'autre lame vienne confiner au point d'insertion du vagin sur le col, et la division se fait ainsi en un seul coup de la portion embrassée entre les deux branches des ciseaux. Le côté opposé est tranché de la même façon.

Pendant que l'utérus est toujours fixé par le ténaculum, on étanche le sang avec une éponge et il ne reste plus qu'à passer un bistouri mousse à lame étroite, emmanchée sous un angle convenable, pour diviser de chaque côté la petite portion de tissus que les ciseaux ont épargnée par en haut, vers la cavité utérine.

Jamais les ciseaux ne tranchent tout le tissu saisi entre leurs lames, ils le repoussent un peu en arrière, en laissant une entaille profonde de chaque côté de l'orifice. Les incisions sont ainsi régulières et symétriques.

(Küchenmeister, 66) a imaginé pour cela des ciseaux spéciaux, munis d'un crochet à leur extrémité, qui empêche le glissement des lames sur le tissu à diviser.

L'écoulement de sang est ordinairement insignifiant, cependant quelquefois il peut être assez abondant et si rapide qu'il remplit le vagin. Il suffit alors de tamponner un instant. On procède alors au pansement.

Deux ou trois petits morceaux d'ouate, assez gros, après les avoir humectés, pour remplir l'ouverture de l'orifice, sont imprégnés d'eau et trempés dans une solution neutre de perchlorure de fer. Après avoir exprimé ces tampons, on porte l'un d'eux dans un des angles de la plaie, en ayant soin d'en faire pénétrer une partie dans le canal cervical, où il faut le maintenir. On place de même l'autre tampon dans l'autre angle, on fait ensuite le tamponnement du vagin.

La malade doit garder la position horizontale pendant quelques jours. Le lendemain le tamponnement vaginal est changé, mais les bourdonnets intra-cervicaux sont laissés en place. Ce pansement se détache de lui-même vers le troisième jour, on l'enlève doucement avec une pince, s'il adhère encore fortement, il vaut mieux le laisser en place et on l'enlève facilement le lendemain.

Les tampons sont alors remplacés par des tampons glycerinés, qui sont renouvelés jusqu'à la cicatrisation complète qui a lieu vers le 12^e jour environ. L'opération doit être faite 4 ou 5 jours après les règles, afin que tout soit cicatrisé au moment des règles suivantes.

On a quelquefois beaucoup de peine à maintenir l'orifice de la matrice assez largement ouvert, car jamais il ne reste tel que l'on fait les incisions. La tendance qu'ont toutes les plaies qui se cicatrisent à se rétrécir, à mesure qu'elles guérissent, est bien connue. Sims a vu souvent un orifice qui admettait l'introduction de l'index se rétrécir au point de ne plus admettre une sonde de minime grosseur, en l'espace de quelques semaines, et malgré tous les efforts tentés pour prévenir le resserrement. C'est ce qui se produit surtout dans les cas d'induration du col, et alors il dut répéter plusieurs

fois l'opération ; certaines malades l'ont subi jusqu'à 3 fois dans le cours de quelques mois, même sans obtenir un résultat satisfaisant.

Dans les cas de rétroversion ou de rétroflexion, ce n'est plus à l'incision bilatérale seule que Sims a recours, mais à une incision antéro-postérieure, portant sur la lèvre postérieure. Il passe ensuite dans la cavité de l'utérus un couteau à pointe mousse, tranchant en arrière et fixé sur un manche suivant un angle convenable. Il coupe alors les tissus dans le sens antéro-postérieur afin de compléter la rectitude du conduit, car les ciseaux ne sont pas allés assez loin ; de façon à redresser le canal dans sa partie supérieure et à faire disparaître en même temps l'obstacle mécanique qui résulte de sa courbure. Le pansement est exactement le même que pour l'incision bilatérale.

Dans les cas d'antéflexion c'est la lèvre antérieure qui est incisée d'avant en arrière, le couteau porte alors en avant avec la même technique.

Les dangers des opérations de Simpson et de Sims étaient : l'hémorrhagie, la péritonite ou la paramétrite, la septicémie et la mort. Sims a observé deux décès sur un millier d'opérations. Deux fois il a vu survenir une hémorrhagie grave à la suite de la section de l'artère circulaire. Emmet a également observé cet accident, il a eu 3 cas de mort par péritonite sur 105 cas. La paramétrite était un accident fréquent.

Depuis que Sims se servait d'un tube pour tamponner le canal cervical, il n'avait plus eu d'hémorrhagie, Emmet n'a plus eu d'accidents en employant les soins d'antisepsie.

Résultats de ces méthodes opératoires. — Sur 900 cas réunis par (Beigel, 14), il y a eu 5 cas de mort par péritonite,

3 hémorrhagies graves et 6 cas de paramétrites : parmi les auteurs allemands, (Hégard, 14) et (Kaltenbach, 14) ont observé 1 cas de mort sur 300 cas opérés avant l'antisepsie. (Martin, 14) a eu un mort et plusieurs hémorrhagies sur 386 cas ; (Carl Braun, 14) une hémorrhagie et 1 paramétrade sur 291 cas, (G. Braun, 14) 4 cas de péritonite sur 107 ; (Kehrer, 14) 4 cas de paramétrite et de péritonite dont un suivi de mort, sur 86 ; (Chrobak, 14) 2 hémorrhagies et 2 param trites sur 250 cas opérés avant l'antisepsie, depuis l'antisepsie il a opéré 50 cas sans accidents.

Il y a donc en tout eu 9 morts sur plus de 3500 opérations. L'hémorrhagie et la paramétrite sont survenues dans 20 0/0 des cas ; mais pour mieux apprécier les résultats obtenus, il faudrait tenir compte de la hauteur et de la profondeur des incisions, car il est évident que la division des lèvres du museau de tanche est bien moins grave que la section des parois cervicales au niveau de l'orifice interne. Pour inciser l'orifice interne à la profondeur voulue, dans le procédé de Sims, il faut beaucoup d'habileté et d'exercice. A vouloir inciser trop largement on risque de blesser l'artère circulaire et le péritoine. (Sims, 3) prétend que cette opération est plus efficace et pas plus dangereuse que la dilatation rapide ou graduelle du canal cervical.

La valeur curative et le bénéfice permanent de ce genre d'opérations sont loin d'être assurés. Les statistiques ne donnent guère à cet égard de renseignements bien précis.

Parmi les 483 discisions pratiqu es par (Hartmann, Braun, Martin, Kehrer et Chrobak, 14), 148, c'est-à-dire 30,7 pour 100 ont été faites avec succès, mais il n'est pas mentionné si c'est la dysménorrhée ou la stérilité qui a été guérie. Mais la

principale difficulté que présentent toutes ces opérations de dilatation non sanglante ou sanglante, est la tendance persistante du canal utérin à se contracter de nouveau. Quelques mois suffisent pour que le canal utérin le plus largement ouvert soit aussi étroit qu'avant l'opération, si la rétraction cicatricielle est très prononcée, la sténose peut devenir plus forte qu'avant l'opération. D'autres fois les lèvres divisées du col se réunissent d'une manière irrégulière et forment des lambeaux qui obstruent l'entrée du canal cervical. Les bords de l'ouverture externe élargie du col peuvent devenir durs et cartilagineux. Dans certains cas les incisions de la portion intravaginale du col provoquent l'éversion de la muqueuse cervicale, l'ectropion ; et il peut devenir nécessaire d'aviver de nouveau et de suturer les bords de l'incision par l'opération d'Emmet.

Opération de (Peaslée, 14). — Pour obvier à tous ces inconvénients, Peaslée a imaginé une opération consistant à inciser les orifices externe et interne à la profondeur voulue pour leur donner à peu près la même largeur qu'après l'accouchement.

Il se sert d'un instrument spécial, consistant en un tube aplati, long de 2 décimètres et large de 11 millimètres, sauf à son extrémité utérine où il n'a plus que 3 millimètres de diamètre. Une lame à bords effilés et à bout mousse glisse dans ce tube à une profondeur graduée au moyen d'une vis.

Il y a deux lames pour chaque instrument, la plus étroite sert à inciser l'orifice interne et la plus large à agrandir l'orifice externe. On pratique l'opération à l'aide de la valve de Sims ou bien sur le doigt comme guide. Après avoir introduit le bout de l'instrument jusqu'au delà de l'orifice interne,

on pousse la lame tranchante à la profondeur voulue pour franchir l'orifice sténosé. Si l'orifice externe est trop étroit pour admettre l'instrument, on peut l'élargir au moyen du bistouri.

L'opération n'est pas dangereuse, sur plus de 300 observations Peaslée n'a observé qu'une seule fois un peu de sensibilité à la pression sur le ventre, pendant quelques jours et deux fois un peu de paramétrite.

Immédiatement après avoir retiré ce métrotome, on introduira un dilatateur conique de grosseur convenable, puis on le réintroduira tous les 2 jours pendant une semaine et une fois par semaine pendant les 15 jours suivants.

Au dire de Peaslée, cette opération guérit fort bien la sténose et le plus souvent d'une manière définitive, car les petites incisions ont peu de tendance à se fermer.

Cette dernière opération n'est que l'opération de Simpson modérée, elle est susceptible des mêmes reproches que cette dernière.

Opération de (Seelmann, 60). — Récemment Seelmann, frappé de la fréquence de la sténose du col et des accidents morbides dont ce vice de conformation était la cause, a imaginé une nouvelle méthode, à laquelle nous donnerons le nom d'évidement circulaire de l'orifice du col.

Cet auteur trouvant que les diverses méthodes employées : élargissement du canal à la curette, dilatation, simple dissection bilatérale du col, sont absolument insuffisantes, présenta à la *Société américaine de gynécologie* un nouvel instrument destiné à élargir l'orifice du cervix de l'utérus.

Des centaines, des milliers de femmes souffrent de dysménorrhée mécanique, dit Seelmann, et le seul moyen de les

guérir, consiste à supprimer la sténose du col qui en est la seule cause ; mais cette sténose, qu'elle soit congénitale ou acquise, est toujours constituée par du tissu dense souvent cicatriciel. On observe fréquemment des versions de l'organe, mais toujours elles sont le résultat de la sténose.

Le nouvel instrument consiste en une fraise destinée à remplacer la curette.

Cette fraise a la forme d'un tronc de cône monté sur un manche de forme arrondie.

Ce tronc de cône va en s'élargissant de l'extrémité, où se trouve une proéminence arrondie et mousse, qui doit être d'abord introduite dans l'orifice du conduit et sert de guide à l'instrument, sur le cône arrondi, se trouvent des lames qui suivent le tronc du cône de bas en haut, en décrivant un demi-tour de spire autour du tronc de cône. Ces lames sont inclinées à angle sur la paroi du tronc de cône et séparées les unes des autres par un court espace, de sorte que sur le tronc de cône il existe une douzaine environ de lames parallèles les unes aux autres et toutes tranchantes.

Pour se servir de l'instrument, on introduit l'extrémité mousse dans le conduit utérin, puis on fait tourner la fraise coupante au moyen de son manche de façon à ce que les lames entament le tissu du col. On continue le mouvement de rotation, jusqu'à ce que la fraise ait pénétré entièrement dans le col. Comme la fraise a la hauteur correspondant à la hauteur moyenne du col, lorsqu'elle a pénétré entièrement, l'extrémité mousse conductrice est dans l'intérieur de la cavité du corps.

Il y a trois grosseurs de fraises, on commence par la plus petite, puis on introduit la moyenne et enfin la grosse.

Cet instrument agit à la façon de ces petits appareils à lame qui servent à tailler les crayons, en enlevant le tissu en tranches minces.

On est quelquefois obligé de dilater le conduit avant d'employer le plus petit de ces instruments.

Il est rare qu'une deuxième intervention soit nécessaire.

L'opération n'est nullement douloureuse, Seelmann opère les malades dans son cabinet et ne les oblige pas à garder le lit.

Le pansement se fait à la gaze iodoformée, qui est laissée jusqu'au soir du deuxième jour ; un lavage est alors pratiqué et un nouveau drainage appliqué. Ce traitement est continué pendant huit jours consécutifs.

L'auteur ne donne pas les résultats qu'il a obtenus avec ce procédé.

Opération de. (Guillaume Livet, 69). — Cette opération n'est autre chose que l'opération de (Fritsch, 14) de Breslau, déjà décrite dans ce travail : après dilatation aux lamineurs, la malade chloroformée, l'utérus est attiré à la vulve. Le canal est divisé au bistouri et aux ciseaux par quatre incisions en croix et en disséquant doucement on enlève dans une profondeur de deux centimètres à deux centimètres et demi, sur une largeur variant avec la forme du col, les quatre pyramides triangulaires limitées par les incisions cruciales, pyramides ayant leur base en avant en bas, leur sommet en arrière et en haut : une partie de la muqueuse cervicale se trouve enlevée du même coup dans le sens de la hauteur. Il reste une cavité conique, dont la base est large comme une pièce de deux francs, dont le sommet est à l'orifice interne, dans laquelle on loge un drain de Championnière modifié.

C'est un drain à bords larges comme un chapeau de médecin de Molière, avec deux trous dans lesquels deux crins sont placés et fixés à l'utérus, le drain est donc solidement maintenu.

Pour l'auteur la muqueuse se répare de haut en bas et sur une étendue plus grande, sur tout le nouveau canal formé, comme cela se passe après un simple accouchement ?

L'auteur fait ainsi le procès du procédé de Pozzi : opération longue et délicate, qui laisse un canal cervical, dilaté sans doute, mais entre deux valves béantes, qui n'a plus figure humaine.

Nous croyons que l'auteur, quoiqu'il dise avoir appliqué ce procédé, n'en a jamais vu les résultats définitifs, car la rétraction cicatricielle comme nous le verrons refait un col qui a bien figure humaine, avec la conservation intégrale de la muqueuse et de tous les éléments du col.

Stomatoplastie

Nous n'insisterons pas sur l'amputation du col par la méthode de Simon ou de Schröder, qui sont des stomatoplasties très connues. Appliquée à la sténose simple du col, une opération qui supprime la muqueuse en tout ou en partie nous semble excessive, si cette dernière n'est pas très malade, si elle n'est pas profondément infectée.

L'épithélium du reste est nécessaire, comme nous l'avons vu, au bon fonctionnement du canal cervical ; ce que le chirurgien doit avant tout rechercher, c'est la dilatation avec la conservation et de cette dilatation et de la muqueuse du conduit.

Cette dilatation doit donner au col, quant à son orifice et à son trajet, la forme du col d'une femme ayant eu un enfant.

L'évidement commissural du col imaginé par (M. le Dr Pozzi, 38) permet d'obtenir tous ces résultats.

Evidement commissural du col :

Soins préliminaires. — L'opération doit être faite immédiatement après la cessation des règles, afin qu'à la prochaine menstruation la cicatrisation soit complète. La malade sera purgée la veille dans la matinée et lavementée le soir qui précède, afin que le rectum soit absolument libre de matières.

Après le lavement évacuateur, la veille de l'intervention, la malade sera complètement rasée, un nettoyage vaginal au savon nettoiera les parois et le col en insistant sur les culs-

de-sac qui sont les parties les plus difficiles à bien aseptiser.

Le savon spécial d'Auguste Reverdin en forme de cône, et traversé par un tube en caoutchouc, qui permet au liquide de pénétrer dans les culs-de-sac, en même temps que le savon les approprie, nous semble le meilleur mode de nettoyage pour les interventions que l'on fait par cette voie.

Après le savonnage, une injection de deux litres de sublimé à 1 pour 2000 enlèvera l'excès de savon et complétera l'asepsie. Le vagin sera bourré de gaze iodoformée avec un pansement superficiel composé de gaze iodoformée recouverte par une feuille d'ouate aseptique, le tout maintenu par un bandage en T.

Instruments et aides nécessaires. — Deux aides sont indispensables sans compter celui chargé de l'anesthésie.

Les instruments nécessaires sont :

1° Quatre valves : une de Martin pour la paroi inférieure, une bicoudée pour la paroi antérieure et deux petites latérales ;

2° Trois pinces tire-balle pour pincer le col ;

3° Un bistouri à extrémité pointue ;

4° Une paire de ciseaux droits à extrémité pointue et bien tranchants de la pointe ;

5° Un porte-aiguille avec plusieurs aiguilles courbes ordinaires de moyenne grandeur. La pince porte-aiguille ;

6° Une série de dilateurs de Hegard en métal, allant du n° 10 au n° 21 ;

7° Des fils d'argent minces et résistants ;

8° De petits plombs percés d'un orifice central et de la grosseur d'un petit pois ;

9° Un davier à mors plats destiné à aplatir ces plombs ;

10° Quelques pinces porte-tampon.

Opération. — La malade, anesthésiée, est placée sur la table d'opération, le bassin relevé par une alèse pliée en plusieurs doubles, le sacrum reposant sur le bord de la table, les jambes fléchies sur le corps et maintenues écartées par des aides placés de chaque côté.

Un nouveau nettoyage de la cavité vaginale est pratiqué de la même façon que nous l'avons décrit précédemment. Lorsqu'il est terminé, le cathétérisme de la vessie ne doit pas être oublié, car il faut que l'urine en soit complètement évacuée.

Un champ opératoire grand et épais est placé. Sur son milieu, au niveau de la vulve, on fait une incision verticale pour ne donner accès au vagin que par un orifice juste suffisant, et bien garantir l'anus qui pourrait souiller les instruments.

Le chirurgien se place directement en face de l'opérée, les aides de chaque côté, prêts à maintenir les valves.

1^{er} TEMPS. — Une valve de Martin, courte et évasée, est placée sur la paroi inférieure du vagin, maintenue par la main droite de l'aide qui est placé à droite de la malade, cette valve doit être fortement abaissée.

Ce même aide, de sa main gauche, place un écarteur latéral sur la paroi latérale droite du vagin.

L'aide placé à gauche de la malade maintient de la main gauche une autre valve latérale, qui écartera la paroi latérale gauche du vagin, il met la valve antérieure, bi-coudée qu'il tient de la main droite, la pointe sur la face supérieure du col, pour écarter la vessie avec la paroi vaginale antérieure.

Le chirurgien prend alors une pince tire-balle, passe une des branches dans l'orifice du col, l'autre pince la paroi inférieure du col. Cette pince tient donc la lèvre inférieure.

Une autre pince tire-balle est placée de la même façon sur la lèvre antérieure.

Il est rare que l'orifice soit trop étroit pour ne pas laisser passer une branche de la pince tire-balle. S'il l'était, on devrait l'élargir par deux petits coups de bistouri pointu donnés latéralement.

On laisse tomber la pince qui tient la lèvre inférieure, le chirurgien prend dans la main gauche celle qui tient la lèvre antérieure de façon à fixer le col.

Des ciseaux droits sont alors placés pour procéder à la dissection bilatérale, une des branches est introduite dans l'orifice du col, l'autre va jusqu'à l'insertion du vagin sur le col.

Si l'orifice ne laisse pas passer la branche des ciseaux on emploie le bistouri pour sectionner le col à ce niveau, puis la branche des ciseaux passe facilement.

La section est faite d'un côté, le côté gauche de la malade de préférence le premier, parce qu'il est plus à la portée.

Cette section doit être bien nette, bien placée au milieu du conduit de façon à laisser autant de muqueuse en bas qu'en haut.

La section du côté droit se fait alors d'un coup de ciseaux, de la même façon.

Comme on ne peut couper le col assez loin avec des ciseaux, on se sert du bistouri pour compléter l'incision.

La pince qui maintient la lèvre antérieure du col est confiée à la main droite de l'aide placé à gauche de la malade, qui cesse alors de tenir la valve antérieure inutile.

Le chirurgien tire légèrement sur la pince qui maintient la lèvre postérieure, ce qui fait que le col est partagé en deux moitiés, l'une antérieure et supérieure, l'autre postérieure et

inférieure. Le conduit cervical forme deux gouttières demi-circulaires, une sur le milieu de chaque surface formée par chacune des moitiés du col sectionné. Cette gouttière de muqueuse va de l'extrémité antérieure du col à un orifice médian qui est l'orifice profond communiquant avec le conduit de l'utérus.

Cette discision bilatérale est portée le plus loin possible au moyen du bistouri, on peut la porter plus loin en dedans du côté de l'orifice interne qu'en dehors du côté du vagin, afin d'éviter la section des artères utérines qui passent à ce niveau. Cependant il ne faut pas trop insister en dedans du côté de l'orifice interne, de façon à ce que la ligne de section profonde ne fasse pas un angle trop grand avec une ligne passant par un plan perpendiculaire à la base du col. Les fibres circulaires de l'orifice interne n'ont ordinairement pas besoin d'être sectionnées, dans ce temps de l'opération du moins.

Un tamponnement serré est alors pratiqué au moyen de tampons éponges montés et mis en place pendant un instant entre les lèvres du col sectionné.

Ce 1^{er} temps n'est autre chose que la discision bilatérale du col ou opération de Sims.

2^e TEMPS. — Chaque face du col, ainsi divisé en deux lèvres, se présente divisée en trois segments : un médian et deux latéraux. Le segment médian est constitué par la gouttière muqueuse, les deux segments latéraux sont semblables. Chacun a la forme d'un triangle équilatéral, dont les deux côtés sont ainsi constitués :

Un des côtés de l'angle droit (a, fig. 1) est le bord de la muqueuse du conduit ; c'est le plus long, l'autre côté (b, fig. 1) est la limite de la section, il va de l'orifice profond, conti-

nuation des deux gouttières muqueuses, à la paroi vaginale ; l'hypothénuse de ce triangle (c, fig. 1), est constituée par le bord de la muqueuse vaginale du col ; cette ligne n'est pas droite, elle se recourbe en avant en forme de parabole allongée,

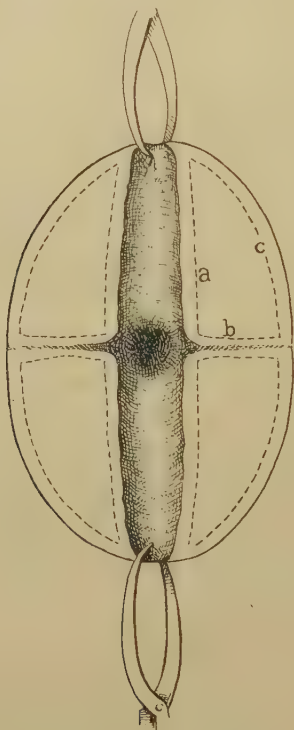


Fig. 1. — La discision bilatérale est faite. On voit en pointillé le tracé des incisions sur les 4 commissures.

pour aller rejoindre l'extrémité antérieure du côté formé par la muqueuse du canal cervical.

Ce triangle est la surface qui a été sectionnée par les ciseaux dans la discision, il constitue donc une surface cruentée.

On voit dans la figure qu'il y a ainsi 4 petits triangles semblables, 2 à la lèvre inférieure, 2 à la lèvre supérieure, chacun correspondant à de véritables commissures faites au col.

Si on laisse ainsi, comme le faisait Sims, les surfaces libres, malgré des pansements répétés, la cicatrisation et la rétraction des tissus fait que la commissure de la lèvre inférieure s'unit à celle correspondante de la lèvre supérieure et le résultat attendu est négatif.

M. Pozzi a imaginé de réunir la muqueuse de la gouttière c'est-à-dire la ligne (a) du triangle à la muqueuse du vagin à l'hypothénuse (e), mais comme elles ne sont ni l'une ni l'autre extensibles, pour recouvrir, de chaque côté, l'espace triangulaire cruenté, il a fallu songer à diminuer cet espace lui-même et, pour le diminuer, creuser un sillon dans son épaisseur.

De plus, le volume de tissus est moins large en avant du col qu'en arrière et pour obtenir un bon résultat il fallait enlever d'autant plus de tissus qu'on allait plus en arrière.

Il y arriva en enlevant sur chacune de ces surfaces triangulaires étroites mais longues, un lambeau en forme de prisme (fig. 4).

La figure 1 nous montre en pointillé le tracé des incisions qui doivent être faites sur chacune des parties cruentées. Mais ces incisions doivent être faites d'une façon toute spéciale, comme nous le montre la figure 2 qui donne le détail sur un des triangles.

Au moyen d'un bistouri pointu et coupant bien de la pointe, on trace une incision légère le long de l'hypothénuse du triangle décrit, en laissant entre la muqueuse vaginale recouvrant le col et le tracé de l'incision un espace de 1 à 2 milli-

mètres. On trace de même une incision parallèle au bord de la muqueuse qui tapisse le conduit longeant le long côté de l'angle droit du triangle.

Ces deux incisions sont ensuite reprises, en allant d'avant en arrière. D'abord l'incision parallèle à l'hypothénuse. Dans cette incision on enfonce le bistouri de haut en bas et de dehors en dedans en enfonçant de plus en plus au fur et à me-

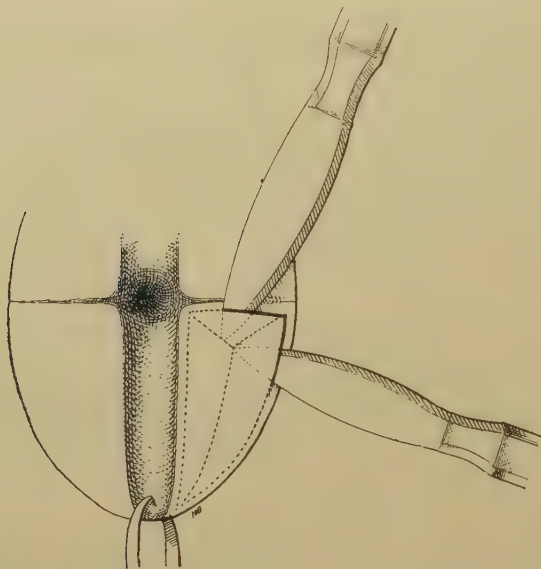


Fig. 2, montrant la façon d'incliner le bistouri pour creuser l'évidement.

sure qu'on s'éloigne de l'orifice du col et en s'arrêtant à un millimètre environ de l'angle de réunion des deux valves mées par les deux lèvres du col.

L'incision parallèle au bord de la muqueuse du conduit est faite de la même façon, le bistouri allant obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, de façon à ce que, dans la profondeur, cette section aille à la rencontre de la section

faite précédemment et toujours plus profonde au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'orifice du col.

Ces deux incisions sont donc prolongées dans l'épaisseur du col sous la forme de deux plans se coupant en angle dièdre et la ligne sur laquelle ils se coupent plus rapprochée de la superficie en avant, plus éloignée en arrière.

Pour pouvoir enlever ce lambeau il ne reste plus qu'à faire une incision suivant le troisième côté du triangle, parallèle et à 1 millimètre en avant de la ligne, formée par la réunion des deux valves. Alors le bistouri s'enfonce perpendiculairement au lambeau du col, en enfonçant de plus en plus de l'angle de réunion d'un côté du triangle avec le côté qui nous occupe jusqu'au milieu de ce côté qui correspond au point le plus profond des deux incisions en forme d'angle dièdre décrites précédemment, puis ensuite en diminuant de profondeur jusqu'à l'union avec l'autre ligne de section.

On obtient ainsi un lambeau en forme de prisme triangulaire allongé, ayant une face plane, la base du prisme, correspondant à la surface cruentée dans le premier temps de l'opération, et trois faces prises dans la profondeur, qui sont les surfaces cruentées dans le deuxième temps qui vient d'être fait et qui forme une gouttière spéciale, un véritable évidemment régulier de la commissure du col. L'arête du prisme se trouve donc en plein parenchyme du col comme le montre la figure 3 où le lambeau est enlevé.

La figure 2 montre en pointillé les parties profondes où l'on doit arriver et la façon dont le bistouri doit être conduit.

Ce deuxième temps doit être renouvelé sur chaque commissure du col, sur chacun des 4 triangles avivés dans le premier temps. C'est là le point délicat de l'opération, il faut y

apporter beaucoup de soin, ne pas faire d'échappée qui pourrait blesser la muqueuse ou un des petits rebords que l'on laisse entre les muqueuses et l'incision.

C'est de ce temps que dépendent l'harmonie de l'opération, la bonne cicatrisation future, l'élargissement définitif du conduit et la transformation complète du col. C'est à cause de l'importance de sa bonne exécution que nous avons tenu à le décrire avec assez de détails.

3^e TEMPS. — L'évidement fait, il ne reste plus qu'à suturer.

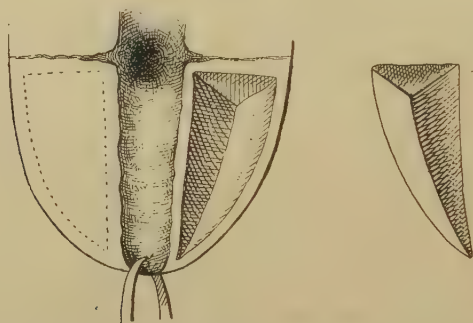


Fig. 3 et 4, montrant le lambeau prismatique enlevé et le prisme lui-même.

Cette suture consiste à réunir la muqueuse du conduit cervical qui constitue le grand côté de l'angle droit du triangle à la muqueuse vaginale qui tapisse le col et formant l'hypothénuse de ce triangle, tout en comblant l'évidement par le rapprochement de ses parois.

On se sert pour cela de fils d'argent de moyenne grosseur, assez fins pour ne pas nécessiter un trop gros orifice d'entrée et de sortie, assez solides pour ne pas casser et bien maintenir les parois en place. La préférence doit être donnée aux fils d'argent sur les fils de soie à cause de leur capillarité

nulle et de leur stérilisation plus facile, sur les fils de catgut à cause de la résorption trop rapide de ces derniers.

On se servira d'aiguilles plates ordinaires, de préférence aux aiguilles à ressort, car la muqueuse du canal est très friable, elle se déchire trop facilement dans le va et vient de l'aiguille à ressort, l'aiguille ordinaire est aussi plus facilement stérilisable.

Un premier fil sera placé près de l'angle des deux valves en piquant d'abord la muqueuse vaginale, en passant au-dessous de l'arête du prisme dans la profondeur, pour bien

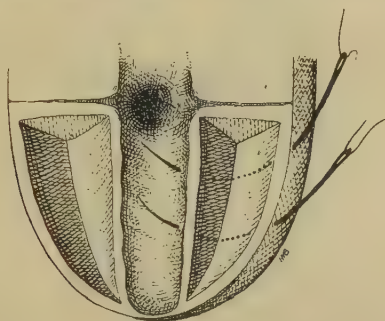


Fig. 5, montrant le passage des aiguilles et du fil.

embrasser tout l'évidement, et en ressortant en plein dans la muqueuse du conduit cervical, assez près de son bord afin de ne pas comprendre trop de tissus dans la ligature. Les deux extrémités du fil d'argent sont repérées par une pince à force-pressure.

Un deuxième fil est placé plus en avant de la même façon. Ordinairement deux fils suffisent pour bien combler l'évidement et accoler les deux parois. La figure 5 indique le temps de l'opération. Ces fils sont serrés modérément par torsion l'un sur l'autre soit avec les mains, soit au moyen d'un serre-

fil analogue à celui dont on se sert pour serrer les fils des sutures dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.

Lorsqu'un fil est serré à plusieurs tours, on passe ses deux bouts dans l'orifice d'un petit plomb analogue aux plombs de scellement employés par les commerçants pour plomber les colis. Ce plomb est ensuite écrasé avec la pince à mors plats, et les extrémités des fils coupés au ras du plomb qui maintient ainsi le fil tordu en place.

L'avantage de l'usage de ces plombs est double : d'abord ils servent de points de repère pour retrouver chaque fil au

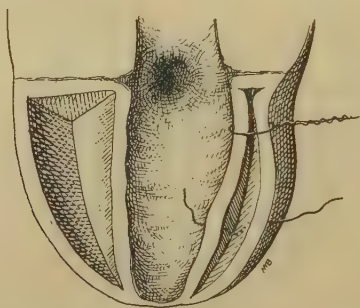


Fig. 6, montrant le résultat obtenu par la constriction d'un fil.

moment de l'ablation, de plus ils empêchent les extrémités des fils de blesser les parois vaginales. La figure 6 montre la façon de serrer la suture et le résultat produit par l'affrontement.

Ces sutures sont renouvelées sur chacun des 4 évidements pratiqués. Comme deux suffisent pour un triangle il y en aura donc huit en tout. On peut en ajouter deux autres latérales au niveau de chacun des angles des deux valves, et ainsi disposées. L'aiguille traverse d'abord la muqueuse vaginale près de l'angle sur la valve inférieure, sort au travers de la muqueuse

du conduit cervical de cette même paroi inférieure, repasse par la muqueuse du conduit cervical de la valve supérieure et ressort par la muqueuse vaginale de cette même valve supérieure qui est serrée par torsion comme les précédentes.

Il en est fait autant à l'angle du côté opposé.

Ces deux sutures ont pour but de régulariser la cicatrisation, en augmentant la dilatation du conduit près de l'orifice interne.

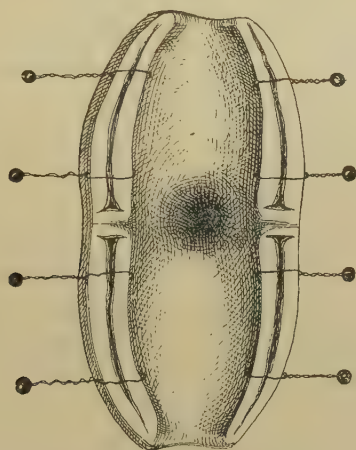


Fig. 7. — Tous les fils sont serrés, mais modérément, de façon à combler l'évidement, mais en laissant une petite commissure nécessaire à la bonne rétraction dans la cicatrisation définitive.

L'opération est alors à peu près terminée, il reste le pansement.

Pansement. — Le champ opératoire est nettoyé et lavé avec une solution de sublimé faible, 1/2000, afin d'enlever le sang et les débris qui peuvent rester, puis épongé avec des tampons éponges secs.

On procède alors à l'examen de l'orifice interne. Il est rare qu'on ne puisse passer une bougie de Hegard n° 12. Si cela

était impossible, on dilaterait cet orifice interne au moyen de la série des bougies, ou même on ferait de légers débridements en tous sens avec un bistouri boutonné, ce qui n'est du reste jamais nécessaire.

On introduit une mèche de gaze iodoformée dans la cavité utérine, mais sans procéder ni au curettage, ni même à l'écouvillonnage ou au hersage de Doleris.

Cependant, s'il existait de l'endométrite du corps de l'utérus, on pourrait combiner le curettage à la stomatoplastie.

La mèche intra-utérine en place, on met de la gaze iodoformée entre les lèvres du col largement béantes, un pansement vaginal à la gaze iodoformée, un pansement externe analogue à celui qui avait été mis la veille pour les soins préliminaires.

Soins consécutifs. — Le premier pansement doit être fait après 48 heures, on retire la mèche intra-utérine et on la remplace. Quatre jours après, cette mèche est retirée complètement, mais le pansement de la plaie est continué tous les 3 jours jusqu'au quinzième jour où l'on procède à l'ablation des fils de suture.

Cette ablation se fait facilement, grâce aux plombs qui servent de point de repère aux fils d'argent, il faut avoir bien soin de couper l'anse de suture et non le point où le fil est tordu, car on s'exposerait à laisser la ligature qui produirait du sphacèle par compression et du tissu cicatriciel.

Les fils enlevés, on fait encore trois ou quatre pansements à la gaze iodoformée tous les deux jours et la malade est mise aux injections à raison de trois par jour au sublimé très faible, 1/10000.

On ne doit laisser se lever l'opérée qu'après la cessation de ses règles.

Mode de cicatrisation immédiate et consécutive. — La cicatrisation se fait d'une façon toute particulière. Tout d'abord, après l'opération terminée, le col présente un aspect tout particulier, en bec de canard, suivant la comparaison

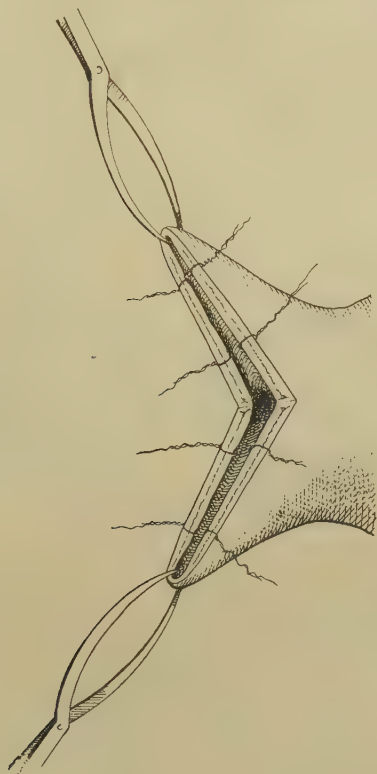


Fig. 8. — Opération terminée. Le col a la forme d'un bec de canard.

faite par M. Pozzi. Sa cavité largement ouverte permet l'introduction facile d'un doigt comme le montre la figure 8.

Après l'ablation des fils, l'évidement commissural est comblé, il ne reste comme commissures que les deux légères bandes laissées, l'une du côté de la muqueuse du conduit, l'autre

du côté de la muqueuse du vagin et les deux valves sont encore séparées, seule la gouttière formée par la muqueuse du canal cervical est élargie et aplatie dans le sens transversal.

Ces bandes commissurales par la rétraction cicatricielle se réunissent peu à peu d'arrière en avant, celles de la lèvre supérieure à celles de la lèvre inférieure correspondante et le col se reforme complètement.

Mais son orifice au lieu d'être un trou plus ou moins étroit est une fente transversale avec une dépression à son niveau, c'est absolument un museau de tanche comme on le rencontre chez les multipares. Son induration disparaît,

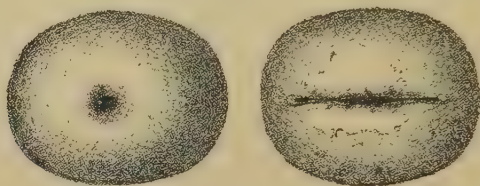


Fig. 9. — A gauche orifice sténosé, à droite résultat définitif de la stomatoplastie.

il n'y a plus de bouchon muqueux dans son intérieur. Ce résultat est obtenu 1 mois 1/2 environ après l'opération (fig. 9).

Comme dans toutes les amputations du col, car nous avons affaire à une véritable amputation du col, il se produit un travail spécial du côté de l'utérus lui-même tout entier, qui le transforme. S'il existait en effet une sténose de l'orifice profond, elle disparaît complètement d'elle-même par le travail consécutif à l'amputation du col. Nous n'insisterons pas du reste sur l'action curatrice des amputations du col dans les métrites, elle a été assez étudiée et démontrée à propos de l'opération de Simon ou de Schröder. Le même

résultat est obtenu par la stomatoplastie que nous venons de décrire.

*Combinaison de l'évidement commissural du col à l'amputation
par le procédé de Simon.*

Dans l'amputation biconique du col par le procédé de Simon la sténose du col peut persister. Après la suture des deux lambeaux, on peut, sur les commissures restant, procéder à leur évidement de la même façon que nous l'avons décrit précédemment, en laissant bien entendu la discision bilatérale sans sutures comme dans la stomatoplastie. Ce procédé est très utile dans les cas de cols coniques et très longs dont la longueur peut causer au moins autant de désordres que l'étroitesse de l'orifice. On agira de même dans les cas d'endométrite cervicale.

*Réflexions au sujet de l'opération de Schræder
et de (Bouilly, 32).*

A propos de la discision bilatérale du col et de la stomatoplastie, plusieurs auteurs ont déclaré que l'amputation du col par la méthode de Schræder était de beaucoup préférable. Nous n'avons pas ici l'intention de faire le procès de l'excision de la muqueuse par ce procédé, cependant nous croyons qu'une opération, qui laisse un organe aussi important au point de vue physiologique que la muqueuse du conduit cervical, doit être préférée à une ablation. Nous avons vu dans le cours de ce travail quelques observations de résultats bien malheureux à la suite du Schræder, qui est une intervention difficile à bien faire, le lambeau souvent ne s'applique pas

bien exactement à la muqueuse profonde peu facilement accessible. La réunion par première intention est-elle la règle ? Ce n'est qu'après un certain laps de temps écoulé depuis l'opération, que l'on s'aperçoit souvent qu'il existe des cicatrices dures, douloureuses, ayant amené une sténose accentuée ou même une atrésie complète du conduit. C'est chercher à guérir une sténose par une opération qui la produit si souvent et qui, lorsqu'elle existe, est beaucoup plus grave et moins facilement curable que la sténose primitive.

Ce procédé doit donc être rejeté complètement.

(Bouilly, 32) a imaginé une opération qu'il dirige contre l'endométrite cervicale glandulaire et la sténose du col. Il dilate le col et la cavité du corps à la laminaire, puis, après avoir fait un curettage du corps, avec un bistouri long et étroit, il enlève sur chaque lèvre du col, une gouttière de muqueuse ayant 2, 3 ou 4 millimètres d'épaisseur suivant les cas. Afin d'éviter le rétrécissement, ces gouttières ne se rejoignent pas latéralement, on laisse de chaque côté un peu de muqueuse normale et comme résultat, on obtient un orifice largement ouvert et un canal dilaté. On bourre ce canal avec de la gaze iodoformée, imbibée de glycérine créosotée au tiers.

Les cas où Bouilly applique cette opération, sont certainement des cas d'endométrite cervicale, due à une sténose du col si fréquente, comme nous l'avons dit dans le cours de ce travail.

Cette opération nous semble devoir donner de moins bons résultats que la discision bilatérale, elle présente à notre avis plusieurs inconvénients : la difficulté de l'exécution. Il paraît en effet difficile de voir où l'on s'arrête à la partie supérieure

qui est cachée dans la profondeur. Une partie seulement de la muqueuse du col est enlevée, on laisse celle qui tapisse les bords latéraux qui peut être aussi malade en ces points qu'ailleurs. La sténose nous semble devoir se reproduire facilement après cette intervention, elle peut même être plus accusée qu'avant.

Nous croyons du reste que de toutes les opérations sur le col, celles où la muqueuse peut être conservée, lorsqu'elle n'est pas atteinte d'une façon incurable, doivent être préférées.

Résultats de la stomatoplastie par évidement commissural. — L'évidement commissural, au point de vue opératoire est une véritable amputation du col, mais avec cet avantage que la muqueuse est conservée intacte de même que tous les éléments physiologiquement importants du col, c'est donc une intervention éminemment conservatrice.

Les résultats sont ceux qui doivent être recherchés dans le traitement de la sténose du col, dilatation avec persistance de cette dilatation, le col prend la forme d'un col de multipare.

La dysménorrhée est toujours guérie, la stérilité l'a été dans la grande majorité des cas, comme le montrent les observations que nous donnons ici.

On a reproché à cette opération de ne dilater que l'orifice externe, nous avons vu que dans la plupart des cas c'est cet orifice seul qui est étroit, c'est lui seul que la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question ont tenté de dilater. Malgré cela l'orifice interne se dilate aussi après la cicatrisation par rétraction inodulaire des tissus. Il est un fait remarquable, c'est que, après la stomatoplastie un cathéter

qui ne passait pas par l'orifice interne, y passe facilement, soit par suite de la dilatation spontanée du conduit, soit par suite de la guérison de la métrite spéciale du col, liée à l'étroitesse de l'orifice externe, qui produit le boursofflement de la muqueuse et la rétention de ses produits de sécrétion.

On a reproché l'éversion de la muqueuse et son exposition à l'infection. C'est un point qui n'a jamais été observé à la suite de la cicatrisation complète, la muqueuse loin de s'infecter est au contraire plus accessible aux pansements et du reste se guérit d'elle-même lorsque le contact avec ses sécrétions est supprimé.

Nous croyons donc que la discision bilatérale du col accompagnée de l'évidement commissural est l'intervention de choix dans le traitement de la sténose avancée du col, elle est bien supérieure à l'amputation par les méthodes de Simon ou de Schröder. Dans les cas de col trop long elle doit être combinée à l'amputation de Simon. Elle est le seul moyen de dilatation permanente et guérit toujours les accidents dus à la présence des orifices étroits du conduit cervical.

Bien entendu nous n'avons en vue ici que la sténose congénitale.

Dans le cas de sténose acquise, les interventions seront choisies suivant les cas à traiter, nous en avons donné un assez grand nombre d'exemples dans le cours de ce travail pour qu'on se fasse une idée de la façon d'agir. Dans beaucoup de ces cas du reste, l'évidement commissural du col pourra rendre des services, même pour corriger une sténose cicatricielle à la suite d'un Schröder vicieusement cicatrisé.

Dans certains cas cependant à la suite de cautérisations intenses, le conduit utérin a été entièrement oblitéré, et mal-

gré toutes les tentatives on n'a pu rétablir son calibre. Alors une seule ressource existe, c'est l'ablation de cet organe, inutile physiologiquement, et qui ne peut qu'être la source d'affections morbides. L'hystérectomie vaginale s'impose alors.

Nous citerons dans cet ordre d'idée le cas de (Routier, 29) et un cas qui nous a été signalé par Pozzi. Ces cas sont heureusement fort rares, surtout aujourd'hui que le crayon au chlorure de zinc est complètement abandonné.

La priorité de cette intervention a été revendiquée pour certains auteurs.

(Küstner, 36) taillait des lambeaux dans les cas d'incision postérieure, mais ne faisait pas un évidement.

(Hégard, 36) faisait une simple suture sans évidement, (Chrobak, 36) taillait des lambeaux triangulaires sur la paroi externe du col et les suturait ensuite, mais ces lambeaux étaient pris sur la muqueuse vaginale qui était enlevée ; les incisions, partant de l'insertion du col sur le vagin et aboutissant, l'une sur la lèvre supérieure, l'autre sur la lèvre inférieure. Il y avait plus de tissus du col enlevé, la suture, analogue à celle que faisait Hégard, était destinée à entraver la rétraction et à maintenir le col divisé.

Dans le procédé que nous venons de décrire, l'évidement agrandit le conduit et les parties laissées par les sutures serrées modérément, doivent, par la rétraction ultérieure, refaire un véritable col complet, avec l'orifice largement ouvert.

Nous ne croyons pas que rien de semblable ait jamais été fait.

OBSERVATIONS

OBS. I (recueillie dans le service de M. le Dr POZZI par M. CAZENAVE, interne du service). — C... Maria, âgée de 21 ans, entre à l'hôpital Pascal le 16 avril 1893. Régliée à l'âge de 15 ans, avec douleur. A chaque époque menstruelle la malade souffrait de 3 à 5 jours avant l'arrivée des règles. Elle était souvent obligée de s'aliter et dans tous les cas il lui était impossible de travailler. Les règles duraient ainsi de 5 à 8 jours avec une abondance variable. Aucune douleur entre les règles, aucune leucorrhée. Mariée à l'âge de 15 ans et continue à souffrir au moment de ses règles ; légère leucorrhée depuis son mariage. Règles irrégulières et retards variant de 3 à 15 jours. Pas d'infection blennorrhagique. Aucune grossesse ni fausse couche. Donc : dysménorrhée intense depuis les premières règles, ayant persisté après le mariage.

Le 15 avril, la malade entre dans le service, atteinte de pertes blanches abondantes depuis 6 mois.

Examen : sténose très marquée de l'orifice du col avec allongement de la lèvre antérieure et allongement total du col : col tapiroïde. Utérus infantile, 7 cent. 1/2 de cavité dont 4 pour le col. Endométrite glandulaire du col avec métrite. Rien aux annexes.

Opérée le 26 avril : curettage, stomatoplastie par évidemment commissural.

Suites opératoires excellentes, résultat autoplastique parfait.

Résultats. — Les règles qui devaient venir 8 jours après l'intervention, n'ont pas apparue. La malade quitte l'hôpital guérie le 20 mai. Après sa sortie, les règles reviennent le 12 juin, deux mois après l'opération, elle les a encore le 12 juillet et le 12 août sans aucune douleur, avec une abondance moyenne, une durée de 4 à 5 jours. La leucorrhée a guéri complètement.

Pas de règles en septembre et les premiers signes d'une grossesse se montrent. La malade revue en janvier 1894 est enceinte de 7 mois. La grossesse a suivi son cours normal, l'accouchement s'est fait dans d'excellentes conditions. Depuis, la malade s'est toujours très bien portée, l'élargissement de l'orifice persiste tel qu'il fut après la cicatrisation complète, l'endométrite n'a plus réapparu ni la douleur au moment des règles.

Il y eut donc guérison absolue de l'endométrite, de la dysménorrhée et de la stérilité, le mariage datant de six ans.

Obs. II (malade opérée par M. le D^r Pozzi). — Mme L... eut ses premières règles à l'âge de 12 ans, régulières, avançant un peu à l'âge de 15 ans. A cette époque, les règles cessèrent pendant 10 mois, il y eut douleurs de tête, anémie, état général mauvais, qui firent que la malade dut être retirée de pension.

Après, les règles revinrent très abondantes et très douloureuses pendant surtout 3 ou 4 mois. La malade devait garder le lit tous les mois. Mariée le 25 avril 1882. Les règles furent plus abondantes, mais accompagnées toujours de douleurs excessives dans les reins, maux d'estomac, vomissements, obligation de repos absolu au lit pendant 3 ou 4 jours, surtout le jour qui précédait l'apparition des règles. Dysménorrhée intense, pas de grossesse ni fausse couche. Légère leucorrhée.

La malade se décide à une intervention proposée par M. le D^r Pozzi à cause de l'épuisement dans lequel l'avaient plongée les douleurs et l'abondance des règles.

Opérée le 11 juillet 1892 : col conique, orifice très étroit, utérus infantile, endométrite glandulaire, rien aux annexes : stomatoplastie par évidemment commissural du col sans curetage.

Résultats immédiats : cicatrisation par première intention, auto-plastie parfaite.

Les règles deviennent absolument régulières, moins abondantes, d'une durée de 4 jours et sans aucune douleur. Grossesse le 20 février 1895. Durant cette grossesse, il y eut quelques malaises pendant les trois premiers mois à cause des règles qui persistèrent pendant

ce temps, rien d'anormal dans la suite. Accouchement simple le 20 novembre 1895. Depuis cette époque la santé est parfaite, les selles régulières, sans qu'il soit nécessaire d'employer un médicament.

Le retour de couche eut lieu en janvier, et depuis les règles ne sont accompagnées d'aucune douleur. L'état du col est parfait, la dilatation persiste telle qu'elle était après la cicatrisation. Il y eut donc guérison de l'endométrite glandulaire, de la dysménorrhée intense et de la stérilité, le mariage datant de 10 ans.

Obs. III (malade opérée par M. Pozzi).— Mme X..., âgée de 37 ans, eut toujours des règles douloureuses, mais sans que les douleurs aient jamais revêtu un caractère intolérable. Mariée à l'âge de 20 ans, le mariage ne changea pas les troubles menstruels. Légère leucorrhée, stérilité absolue.

La malade fut opérée en 1893. Elle présentait un utérus infantile, avec col petit, conique, orifice très étroit ; les gynécologues consultés, aussi bien que les accoucheurs avaient tous accusé cet infantilisme comme étant la cause de la stérilité.

Stomatoplastie par évidemment commissural du col, sans curettage.

Résultats opératoires excellents, autoplastie parfaite.

Le côté intéressant de l'intervention a été que presque aussitôt après la cicatrisation, la cavité utérine a augmenté de dimensions. Elle mesurait 5 cent. 1/2 avant et a atteint 7 et 7 cent. 1/2. Il y eut guérison de la dysménorrhée légère.

Trois ans après, grossesse qui suivit son cours normal. Il y eut donc guérison de la dysménorrhée et de la stérilité. La malade était mariée depuis 10 ans.

Cette observation nous montre en outre le résultat de l'intervention sur le col agissant sur le développement du corps lui-même. L'obstacle supprimé, l'utérus se développa normalement.

Obs. IV (observation recueillie dans le service de M. le Dr Pozzi). — Mme V..., âgée de 34 ans, couturière, entre à l'âge de 30 ans dans le service de M. Pozzi à l'hôpital Pascal. Réglée à 15 ans avec beau-

coup de douleurs dans les reins, le ventre, s'accompagnant de vomissements, régulières, avançant un peu, très abondantes, d'une durée de deux jours. Anémie profonde, pertes blanches mais pas d'infection blennorrhagique. Mariée à l'âge de 26 ans, les douleurs continuèrent aussi fortes qu'avant, la malade ne peut travailler, elle gardait presque constamment le lit. Cette dysménorrhée intense la décida à l'intervention.

Opérée le 14 avril 1893 : col conique, un peu allongé, orifice très étroit, utérus infantile, cavité mesurant 6 centimètres à peine.

Endométrite glandulaire du col.

Stomatoplastie par évidemment commissural sans curettage. Résultats opératoires excellents.

Résultats ultérieurs : Les règles reviennent huit jours après l'intervention sans aucune douleur avec une abondance normale, elles durent deux jours. La malade revue récemment en avril 1898 est complètement guérie. L'examen du col m'a montré que la dilatation était conservée intacte, l'utérus est toujours petit, sa cavité mesure 7 centimètres à peine. Il n'y eut jamais de grossesse mais la malade ne semble pas le désirer. Donc guérison complète de la dysménorrhée.

OBS. V (recueillie dans le service de M. le Dr Pozzi). — L..., âgée de 23 ans, entre à l'hôpital le 31 mai 1894. Réglée à 15 ans avec douleurs, maux d'estomac qui amenèrent une anémie assez profonde. Mariée à 19 ans, les règles furent toujours aussi douloureuses. Pas de grossesse ni fausse couche, leucorrhée abondante.

Opérée le 27 juin 1894 : col conique sténosé, orifice à peine visible.

Stomatoplastie par évidemment commissural sans curettage. Résultats immédiats excellents. La dysménorrhée cesse, l'endométrite est guérie. La malade a été revue jusqu'en 1896.

Il n'y avait pas eu de grossesse, mais les règles n'étaient plus douloureuses, et les pertes avaient cessé complètement.

OBS. VI (malade opérée par M. le Dr Pozzi). — Mme P... opérée

en ville, atteinte de métrite avec ovaire droit prolabé et triplé de volume ; dysménorrhée intense, stérilité.

Opération le 15 octobre 1894 : col conique, avec orifice très étroit et circulaire bordé d'une muqueuse ectropiée et rose. Il s'écoule du col un mucus visqueux. Utérus gros de métrite.

Opération : amputation biconique avec évidemment commissural du col amputé.

Résultats opératoires excellents, guérisons de la métrite, de la dysménorrhée. La lésion de l'ovaire a diminué après l'intervention. La malade ne souffre plus, elle se considère comme guérie : pas de grossesse.

OBS. VII (malade opérée par M. le D^r Pozzi). — Mme L..., opérée en ville le 31 octobre 1894, était atteinte de métrite parenchymateuse avec antéflexion mais sans utérus infantile : col conique et sténosé donnant lieu à une dysménorrhée intense avec stérilité. Rien aux annexes. Curettage et stomatoplastie par évidemment commissural du col. Le curettage ramena de nombreux débris de muqueuse très malade.

Résultats opératoires excellents. Depuis la malade est guérie de la métrite et de la dysménorrhée, pas de grossesse.

OBS. VIII (malade opérée par M. le D^r Pozzi). — Mme F..., opérée en ville en juin 1896 : présentait un col conique avec orifice étroit bordé par un léger ectropion de la muqueuse. Rien aux annexes. Dysménorrhée et stérilité après 7 ans de mariage.

Opération : curettage et stomatoplastie par évidemment commissural du col.

Résultats : guérison complète de la métrite et de la dysménorrhée, pas de grossesse.

OBS. IX (malade opérée par M. le D^r Pozzi). — Mlle D..., opérée en ville le 16 novembre 1897. — Cette malade atteinte de métrite virginale hémorragique avec dysménorrhée intense, présentait un col avec une légère ulcération. A l'orifice un petit polype folliculaire

du volume d'un grain de blé. Le col conique, avec orifice très étroit. Le cathétérisme montre un utérus en rétroversion, avec un peu de coudure du col. Sa cavité mesure 9 cent. $1/2$. La sténose était si accusée que le cathétérisme ne put être fait qu'après l'incision bilatérale. Dilatation avec le dilatateur à deux branches. Curettage avec beaucoup de précautions à cause de la friabilité des tissus. On est frappé de l'étendue de la cavité utérine et en particulier de ses dimensions transversales, la curette s'y meut facilement. On retire une grande quantité de muqueuse fongueuse, venant par lambeaux veloutés. Cavité assez saignante. Irrigation prolongée d'eau stérilisée. Injection de perchlorure de fer suivie d'un nouveau lavage.

Stomatoplastie par évidemment commissural nécessitant trois points de suture. Une opération préliminaire avait été nécessaire pour agrandir la vulve et permettre le passage des instruments : résection semilunaire de l'hymen, débridement bilatéral perpendiculaire à l'amputation de l'hymen, allant jusqu'au muscle constricteur d'une seule incision, puis affrontement de la muqueuse à la peau par surjets.

Résultats : après l'ablation des fils un écouvillonnage fut pratiqué et un drainage à la gaze iodoformée.

La cicatrisation fut parfaite. Les résultats éloignés furent la guérison de la métrite et de la dysménorrhée, la malade est guérie depuis.

OBS. X (recueillie dans le service de M. le Dr Pozzi). — M..., âgée de 22 ans, réglée à l'âge de 13 ans avec des douleurs dans les reins et dans le ventre qui obligeaient un repos absolu et souvent le décubitus. Les règles étaient régulières et très abondantes. Entrée à l'hôpital le 27 novembre 1896 à la suite d'un accident : une hémorrhagie s'était déclarée depuis un mois et forçait la malade à garder le lit. Aussitôt qu'elle se levait, le sang coulait abondamment. Aucune cause traumatique n'expliquait cette métrorrhagie.

A l'examen, la malade est vierge, col conique avec sténose très accusée, utérus normal.

Opérée le 10 décembre : curettage et stomatoplastie par évidemment commissural. Les suites immédiates furent normales ; l'autoplastie parfaite.

Résultats ultérieurs : la malade nous écrit en avril 1898. Depuis l'opération les règles viennent sans douleurs, sans abondance, d'une durée de trois jours seulement. « A vrai dire je me porte très bien depuis l'opération ». La malade n'est pas mariée, par conséquent est toujours stérile. Il y eut donc guérison complète de la métrite hémorrhagique et de la dysménorrhée.

Obs. XI (malade opérée par M. le Dr Pozzi). — Mme R., opérée en ville le 24 octobre 1897, âgée de 26 ans, dysménorrhée avec catarrhe hyalin du col, stérilité. Mariée depuis 5 ans sans que la dysménorrhée ait cessé. Col conique, orifice un peu étroit mais rétrécissement de l'orifice interne, l'hystéromètre passe, mais avec un ressaut au niveau de l'isthme, légère flexion cervico-corporelle.

Opération : stomatoplastie par évidement commissural du col ; huit points de suture en tout. Drainage à la gaze iodoformée, sans curettage.

Résultat immédiat excellent. *Résultat ultérieur*, guérison complète de la dysménorrhée et du catarrhe du col. Pas encore de grossesse.

Obs. XII (recueillie dans le service de M. le Dr Pozzi). — B..., âgée de 38 ans, couturière, entre à Pascal le 19 octobre 1897. Réglée à 13 ans, bien réglée, sans douleur, mais avec mal de reins jusqu'il y a trois ans. En 1894 métrite, la malade subit de nombreux pansements, cautérisation etc. Elle est opérée : curettage et une opération sur le col. Depuis, dysménorrhée intense avec métrite, les règles sont peu abondantes et très douloureuses, surtout avant leur apparition, la malade ne peut faire aucun travail, elle doit garder le lit, ses forces ont considérablement diminué, pas de grossesse ni fausse couche.

A son entrée à l'hôpital, l'examen démontre un col avec orifice très étroit ; deux cicatrices se voient, le col est dur, douloureux au toucher, atteint de catarrhe épais, visqueux. Utérus normal, rien aux annexes. La sténose est donc cicatricielle, due aux cautérisations répétées et à la cicatrisation vicieuse de l'opération faite sur le col, qu'il est du reste impossible d'élucider, car ce n'est pas une amputation.

Opérée le 25 octobre, sort guérie le 19 novembre. Stomatoplastie

avec évidemment commissural du col. Résultats immédiats excellents.

Résultats ultérieurs : règles un mois après très abondantes, sans douleur, plus de pertes, le ventre a diminué de volume, les forces reviennent. La malade est revue en avril 1898, le col est largement ouvert, il n'y a aucune sécrétion. Il y a donc guérison de la métrite et de la dysménorrhée.

OBS. XIII (personnelle). — Mme T..., âgée de 29 ans, réglée à 13 ans avec douleurs de reins, de ventre, vomissements, règles très peu abondantes, douleurs surtout avant les règles; mariée il y a 12 ans, les règles toujours douloureuses empêchent toute fatigue, la malade doit garder le repos au lit. Curettée il y a 5 ans; alors l'introduction d'une laminaire mince fut très difficile.

Le curettage n'améliora la dysménorrhée que pendant deux mois; je vis la malade en octobre 1897, l'examen démontra un col très conique allongé, avec un orifice à peine perceptible à la vue, aucun cathétérisme ne fut possible. Il y avait une sécrétion muco-purulente. L'utérus était infantile, aucune lésion annexielle. Aucune infection blennorrhagique. Stérilité.

Opérée le 20 novembre 1897 : stomatoplastie avec évidemment commissural du col et drainage. L'incision bilatérale démontra la présence d'un kyste du col (œuf de Naboth) qui contribuait encore à fermer l'orifice.

Cette incision faite, il fut très difficile de franchir l'orifice interne avec un hystéromètre. La stomatoplastie terminée, je passais facilement un cathéter de la série d'Hegard n° 12, l'orifice interne s'était donc trouvé dilaté du fait de l'intervention. L'utérus infantile mesurait à peine 6 centimètres.

Résultats immédiats excellents. La malade suivie depuis ne souffre plus au moment des règles qui sont plus abondantes; l'utérus a augmenté notablement de volume, il mesurait il y a un mois 7 centimètres, le col a un aspect normal, l'orifice est largement ouvert sans aucune sécrétion.

Il y a donc guérison de la métrite du col et de la dysménorrhée,

l'agrandissement du volume de l'utérus permet d'espérer la guérison de la stérilité comme nous l'avons vu dans l'observation III.

OBS. XIV (de DEL VECCHIO). — A ces observations nous en ajouterons deux autres, publiées par (Del Vecchio, 67), qui a employé avec succès le procédé de la stomatoplastie. La sténose était limitée à l'orifice externe et accompagnée d'un léger écoulement muco-purulent du col et du vagin avec dysménorrhée et stérilité.

L'opération guérit rapidement les troubles menstruels et au bout de trois mois l'opérée devint enceinte, la grossesse, l'accouchement et les suites furent normaux.

OBS. XV (de DEL VECCHIO, 67). — Dans le second cas, il y avait du catarrhe muco-purulent du vagin et du canal cervical, avec allongement et augmentation de consistance du col. L'orifice externe rétréci ne permettait pas le passage d'une sonde de 3 millimètres. Après l'opération, la malade fut délivrée des troubles de la menstruation et des accès d'hystérie qu'elle présentait, elle devint enceinte au bout de 4 mois. La grossesse et l'accouchement furent normaux.

Résultats généraux. — De l'étude de ces quinze observations, il résulte :

1° Tous les cas de dysménorrhée ont été absolument et définitivement guéris ;

2° Tous les cas de métrite cervicale ou métrite parenchymateuse ont été guéris ;

3° Dans 5 cas sur 15 observés c'est-à-dire dans le $\frac{1}{3}$ des cas la stérilité a été guérie, la grossesse a été nettement la conséquence de l'intervention ; les autres cas sont en observation et dans certains les malades sont vierges, par conséquent pas en état d'avoir une grossesse ;

4° Dans deux cas, l'utérus infantile s'est modifié nettement aussitôt après l'intervention, pour suivre l'état du col qui,

devenant celui d'une femme ayant accouché, se développe lui-même ;

5° Dans tous les cas, l'orifice s'est maintenu dilaté et la guérison de la sténose a été définitive ;

6° Jamais cette opération n'a causé de troubles pendant le cours de la grossesse ni au moment de l'accouchement.

Elle nous semble donc à juste titre l'opération de choix dans tous les cas de sténose du col de l'utérus ; elle remplit toutes les indications demandées, tout en conservant au col ses éléments intacts et ses fonctions physiologiques normales.

Cette opération n'est pas destinée à remplacer le Schröder ni le Simon qui ont leurs indications toutes spéciales ; son rôle est surtout l'agrandissement du conduit et le maintien de ce canal dilaté, en conservant toute la muqueuse, et en permettant la guérison complète de tous les phénomènes morbides qui accompagnent la sténose.

Nous avons vu qu'on peut la combiner à l'amputation du col par la méthode de Simon, rien n'empêche de la combiner à l'ablation de la muqueuse malade dans le Schröder.

L'évidement commissural peut se faire chaque fois qu'il y a une commissure, c'est lui qui maintient la dilatation du conduit.

CONCLUSIONS

I. — Le canal du col de l'utérus doit admettre le passage d'une sonde de 4 millimètres de diamètre dans toute son étendue ; au-dessous de ce calibre il y a sténose.

II. — L'intégrité de la structure de sa muqueuse est nécessaire à son fonctionnement au point de vue physiologique.

III. — Le rétrécissement du conduit peut être congénital ou acquis, exister à l'orifice externe, à l'orifice interne, séparément ou aux deux à la fois ; il peut exister dans toute la longueur du canal.

IV. — Certaines variétés de forme du col s'accompagnent de sténose : le col en éteignoir, en toupie, en trompe d'éléphant, en porte-manteau, mais surtout le col conique et le col tapiroïde.

V. — Les sténoses acquises existent à la suite d'ulcérations, de cautérisations intenses, d'opérations vicieusement cicatrisées.

VI. — Le diagnostic est ordinairement facile, visible est la sténose de l'orifice externe, le cathétérisme permet de reconnaître celle de l'orifice interne, mais coïncidant avec ces sténoses on remarque souvent des flexions utérines, anté et le plus fréquemment rétro-flexion.

VII. — Il existe de fausses sténoses, le conduit laissant passer le cathéter suffisant, mais une tumeur ou l'application

des lèvres épaissies l'une contre l'autre produisent une sténose physiologique et non anatomique.

VIII. — Au point de vue de l'étiologie, la sténose congénitale est un vice de conformation, elle coïncide ordinairement avec l'utérus mal développé, utérus infantile. Pour certains auteurs ce serait une ulcération dans le cours de la vie intra-utérine ou aussitôt après la naissance qui la produirait, toutes les sténoses seraient donc cicatricielles ; pour d'autres ce serait le défaut de développement des fibres longitudinales avec prédominance d'action des fibres circulaires du col.

IX. — Cet état spécial produit de graves désordres dans le fonctionnement physiologique de l'utérus et donne lieu à des phénomènes pathologiques graves.

La dysménorrhée et la stérilité en sont la conséquence ordinaire.

La dysménorrhée n'est pas fatalement la conséquence de la sténose du col, de même que ce symptôme peut dépendre d'autres affections, mais fréquemment elle l'accompagne. Dans les cas de dysménorrhée on doit toujours y songer.

La stérilité peut être due aussi à d'autres causes, mais tous les cas de sténose observés ont produit cette infirmité.

Des désordres graves peuvent survenir lors de l'accouchement dans les cas de sténose acquise.

L'infection, même légère, de l'utérus devient très grave dans les cas d'étroitesse des orifices ; un bouchon muqueux obstrue complètement l'ouverture et alors il se forme une cavité close analogue à celle qui se forme dans l'appendicite ; des phénomènes rapidement graves se montrent et sont certainement dus à la sténose qui agit comme cause prédisposante.

Chez les vierges, on observe l'endométrite cervicale glandulaire, la métrite, la métrite hémorrhagique, la salpingite, l'oophorite.

Chez la femme en état d'activité sexuelle, on observe les mêmes affections que chez les vierges, et de plus l'infection streptococcique ou surtout blennorrhagique prend un caractère de gravité exceptionnel.

Les abcès pelviens, salpingites, suppurations ovariennes se montrent rapidement.

La présence de tumeurs : fibromes, kystes s'accompagne de complications sérieuses et à évolution quelquefois foudroyante.

Chez la femme, après la ménopause, beaucoup de symptômes nerveux et pathologiques mis jusqu'ici sur le compte de l'état général, ne sont que les manifestations d'une sténose survenue à ce moment. Cette sténose peut être en quelque sorte physiologique, due au retrait de l'utérus, à son atrophie, ou pathologique, reconnaissant les mêmes causes que la sténose acquise.

Des phénomènes de rétention produisent alors de graves désordres.

X. — Le pronostic n'est pas grave en tant qu'affection pathologique, mais les désordres produits sont assez sérieux pour qu'un traitement énergique lui soit appliqué.

XI. — Le traitement doit consister à rendre au conduit sa perméabilité, tout en respectant sa muqueuse et les divers éléments du col. Cette perméabilité doit elle-même être permanente.

De nombreux moyens ont été préconisés.

Dilatation lente, dilatation rapide, division, discision bila-

térale, ligature en masse, ablation d'une partie des tissus ou évidemment circulaire, ablation d'une partie de la muqueuse ou bien encore de cette muqueuse tout entière par l'opération de Schröder, amputation biconique de Simon.

La méthode qui a donné les meilleurs résultats, celle qui réalise toutes les conditions demandées : dilatation complète, avec conservation du col, de sa muqueuse, de ses éléments musculaires est l'opération de Pozzi : la discision bilatérale avec évidemment commissural.

Cette intervention guérit toujours la dysménorrhée, ordinairement la stérilité et n'a jamais présenté aucun inconvénient au point de vue de la marche de la grossesse et de l'accouchement.

La dilatation se maintient toujours bien suffisante. Les interventions précédentes n'étaient que palliatives, l'évidement commissural peut être considéré comme une opération vraiment curatrice.

Vu :

Le Président de la thèse,
PAUL BERGER.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Nota. — Les numéros d'ordre correspondent aux noms des auteurs cités dans le texte. Les citations ont été recueillies dans l'ouvrage signalé à l'index bibliographique, correspondant au numéro d'ordre.

- | N ^{os} | Dates | |
|-----------------|-------|--|
| 1 | 1836 | Makintosh (d'Edimbourg). — <i>Practice of physic</i> . |
| 2 | 1859 | Simpson . — <i>Med. Times and Gaz.</i> , février et mars. |
| 3 | 1865 | Sims . — <i>Lancet</i> , t. I, p. 224 et suiv. <i>Uterine surgery</i> (London). |
| 4 | 1865 | Spencer Wels . — <i>Lancet</i> , 27 mars. |
| 5 | 1865 | Barnes . — <i>Lancet</i> , 15 juin. |
| 6 | 1865 | Bennett . — <i>Lancet</i> , 24 juin, p. 673. |
| 7 | 1866 | Gussenow . — <i>Berl. klin. Woch.</i> , n ^o 12, p. 219. |
| 8 | 1871 | Kristeller . — <i>Berl. klin. Woch.</i> , n ^{os} 27 et 28, p. 315 et 325. |
| 9 | 1871 | Simpson . — <i>Selected obs. Worts</i> . London, p. 677. |
| 10 | 1874 | Beck . — <i>Amer. journ. of obst.</i> , t. VII, p. 353. |
| 11 | 1880 | Pajot . — De l'étroitesse des orifices utérins dans ses rapports avec la dysménorrhée et la stérilité. <i>Annales de gynécologie</i> , décembre, p. 401 et suivantes. |
| 12 | 1880 | Thomas . — <i>Diseases of women</i> . London, p. 613. |
| 13 | 1884 | Samuel Peters . — Cohes New-York. <i>Amer. journ. of obst.</i> , p. 391. |
| 14 | 1885 | Munde . — <i>Minor surgery gynecology</i> , New-York, p. 297. |
| 15 | 1886 | H. P. C. Wilson . — <i>Soc. gyn. amér.</i> , septembre. |
| 16 | 1886 | Schanta . — Zur gynækologischen Behandlung der neurosen. <i>Wiën. Med. Blätter</i> , 27 mai. |
| 17 | 1886 | Chadwic (de Boston). — <i>Soc. gyn. amér.</i> , septembre. |
| 18 | 1887 | Thomas Moor Madden . — Congrès de Washington. Dublin, section de gynécol., 6 septembre, in <i>Med. Record</i> . New-York, 18 septembre. |
| 19 | 1887 | Heyder . — Zur Behandlung der stenose des uterus. <i>Zeitschr. f. Geb. und gyn.</i> , Bd XIV, p. 259. |
| 20 | 1887 | Dolérís . — <i>Nouv. arch. d'obst. et de gynéc.</i> , t. II, p. 33. |
| 21 | 1888 | Halliday Cronn . — De la dysménorrhée et de la stérilité. <i>Brit. med. Journal</i> , 16 mai. |

- 22 1888 **Owterbridge.** — Stérilité, traitement. *New-York Med. record*, 20 avril.
- 23 1888 **Marc Gillicuddy.** — Dilatation dans la sténose et la flexion de l'utérus. *New-York Med. journ.*, 11 août, p. 150.
- 24 1888 **Smith.** — Accident from the use of laminaria tents. *Amer. journ. of obst.*, p. 694.
- 25 1888 **C. C. Lee.** — Dilatation of the cervix; septic peritonitis deuth. *Amer. journ. of obst.*, p. 498.
- 26 1889 **Dolérís.** — Opérations sur le col de l'utérus. *Revue de chirurgie*, p. 944.
- 27 1890 **Boyer.** — *De l'atrésie congénitale du col*, thèse Paris.
- 28 1891 **Kleinwächter.** — Etude de la stérilité (Uber sterilitæt). *Zeit. f. Geburst*, XXXIII, 2.
- 29 1892 **Routier.** — Un cas d'atrésie après application de chlorure de zinc; hystérectomie vaginale. *Abeille médicale*, 25 avril.
- 30 1892 **A. Duke.** — Ueber den Werth des spiraligen Durhstiftes in fällen von stenose des cervicalkanales. *Centr. für Gynæc.*, septembre.
- 31 1892 **Lavergne.** — *Pathogénie et traitement de la stérilité chez la femme*. Thèse Paris, 29 juillet.
- 32 1892 **Bouilly.** — De l'endométrite cervicale glandulaire et de son traitement chirurgical. *Bull. Soc. chirurgie*, XIX, p. 112.
- 33 1893 **Borissowicz.** — *Madgeina*, n° 9.
- 34 1893 **Daillan.** — Laparotomie pour atrésie du col à la suite d'application de crayon de chlorure de zinc. *Médecine moderne*, 21 juin.
- 35 1893 **S. Pozzi.** — Nouvelle opération applicable à la sténose du col de l'utérus. *Bull. Soc. chirurgie*, XIX, p. 112.
- 36 1893 **Pichevin.** — Traitement de la sténose cervicale par la dissection bilatérale. *Bulletin méd.*, 22 février, n° 15, p. 167.
- 37 1894 **Blondel.** — Evacuation spontanée de deux cas de pyosalpinx consécutifs à une oblitération du canal cervical. *Nouv. arch. de gyn. et d'obst.*, 25 février, p. 92 et suiv.
- 38 1894 **Pozzi.** — Traitement chirurgical de certaines causes de stérilité. Communication au 11^e congrès des sciences médicales à Rome. *Ann. de gynéc.*, t. XLI, p. 589.
- 39 1894 **Hermann.** — Geburtshilffiche Gesellschaft in London. *Lancet*, 1894, mars et juillet; in *Cent. Bl. für Gynæk.*, 18 juillet 1896, n° 29, p. 769.
- 40 1894 **Seeligmann.** — Gynækologische Gesels. Zu Hambourg sitzung von 23 oktober; in *Cent. Bl. für Gyn.*, 18 avril 1896, n° 16, p. 429.

- 41 1894 **Taurin.** — *Les ruptures utérines à la suite des rétrécissements cicatriciels du col.* Th. de Paris.
- 42 1894 **Noll.** — Zur Behandlung der cervical Dysmenorrhoe. *Cent. Bl. für Gyn.*, 26 mai, n. 21, p. 499.
- 43 1894 **Lagarde.** — Behandlung der stenosen des cervix und der antelexio uteri mittels der Electrolyse. — Vortrag gehalten in der Argentinischen med. Gesselsch. *Centr. Bl. für Gyn.*, 7 avril, n. 14, p. 334.
- 44 1894 **Fritsch.** — Ein fall von Willigen Schwend der Gebärmutterhöhle. *Centr. Bl. für Gyn.*, 29 décembre, n. 52, p. 1337.
- 45 1894 **Gibb.** — Dilatation utérine contre la stérilité. *Amer. journ. of. obst.*, août.
- 46 1894 **Mertens.** — Utérus à col double, corps unique, atresie de l'un des cols (Ein fall von uterus bicollis unicorporeus mit atresie des einen collum bei fast total septirter scheid.). *Centr. Bl. für Gynæk.*, 13 octobre, n. 41, p. 1001.
- 47 1894 **Chomel.** — *Dilatation normale et anormale du col.* Thèse Bordeaux.
- 48 1894 **Zoinalovitsch.** — *Wratsch*, n. 31.
- 49 1894 **Lwoff.** — Rétrécissement de l'orifice externe du col, traitement par le procédé de Borissowicz simplifié. *Ejenedelnik*, n. 29 et 30.
- 50 1895 **Kisch** (de Pragues). — *Die Sterilität des Weibes.* Wien, 2 Aufl.
- 51 1895 **Vedeler** (de Christiania). — *Primori sterilität.* *Norsk Mag. for Lægevid.*, n° 5.
- 52 1895 **Groëf** (Hallas). — Ueber Sterilität. *Bibliothæk der gesammten med. Wissensch.* Vion Drache.
- 53 1895 **Herr W. Nagel.** — Zur lehre von der Atresie der weiblichen Genitalien. *Cent. Bl. für Gyn.*, 9 mai 1896, n. 19, p. 519.
- 54 1895 — Verhandlungen der Gesellschaft für Gebrushife. Zu New-York, *Amer. journ. of obst.*, juin-sept.; in *Centralbl. für Gyn.*, janvier 1896, n. 1, p. 15.
- 55 1895 **Dirner** (Badapesth). — Ueber Behandlung der Sterilität bei angeborener Kleinheit des Uterus-verhandlungen der deutschen Gessellsch. für Gynækol. Zu Wien. Leipsig, in *Centr. Bl. für Gyn.*, 21 mars 1896, n. 12, p. 331.
- 56 1895 **Veit.** — Ueber Zeistörung des Endometriums nach auskratzung. *Centr. Bl. f. Gyn.*, 7 sept., n. 36, p. 968.
- 57 1895 **Vert.** — De l'hématocèle tubaire dans les atresies génitales. *Berl. klin. Woch.*, 20 avril.

- 58 1895 **Keiffer.** — Physiologie du col utérin. *Soc. obst. de France*, 9 avril.
- 59 1895 **Kleinvaechter.** — Etude de la stérilité. *Zeits. f. Geburst.*, XXXIII, 2.
- 60 1895 **William A. B. Seelmann M. P.** — Treatment of contraction's or stenosis of the uterine canal. *Journ. americ. med. assoc.*, 31 august, p. 365.
- 61 1895 **Wertheim.** — Ein operatives verfahren zu Heilung partielle uterus obliteration. *Centr. Bl. für Gynæk.*, 5 octobre, n.40, p. 1062.
- 62 1895 **Gessner.** — Inconvénients des incisions du col ulérin. *Berl. klin. Woch.*, 18 mars.
- 63 1895 **Henry I. E. Johnson M. P.** — A contribution to the study of atresia of the uterine canal after the Menopause With a report of thre cases. *Journ. americ. med. assoc.*, 7 déc., p. 987 et 988.
- 64 1896 **Henry Newmann.** — A note on stenosis of the cervix as a factor in uterine diseases. *Americ. journ. med. assoc.*, July 25, p. 187.
- 65 1896 **de Villiers et Thérèse.** — Altérations épithéliales du col utérin. Congrès de gynéc. *Sem. méd.*, 9 septembre.
- 66 1897 **Pozzi.** — *Traité de gynécologie*, p. 609 à 615. Masson, éditeur.
- 67 1897 **Del Vecchio S.** — Il processo Pozzi nella cura della stenosi congenita del collo uterino. *La Ross, di ost e Gin.*, n. 31.
- 68 1898 **Audebert.** — Etude sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col. *Annales de gyn. et obst.*, janvier, p. 20 et suiv.
- 69 1898 **Guillaume Livet.** — Nouveau procédé d'évidement du col de l'utérus. In *Revue de polytechnique médicale et chirurgicale*, 28 février, n. 2, p. 38.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I. — La sténose du col de l'utérus	7
Col normal.	7
Col sténosé.	8
Sténose de l'orifice externe	9
» de l'orifice interne	13
Col conique.	15
Fausses sténoses	16
CHAPITRE II. — Étiologie.	18
CHAPITRE III. — Désordres produits par la sténose.	20
1° Troubles dérivant de l'obstacle à l'écoulement des liquides ou solides venant de l'utérus	21
a) Obstacle apporté à l'écoulement des liquides normaux : dysménorrhée mécanique	21
b) Obstacle apporté à l'évacuation des solides : tumeurs et surtout fœtus	26
c) Obstacle apporté à l'issue des sécrétions pathologiques.	30
Maladies dues à la sténose chez les vierges	33
Maladies dues à la sténose du col chez la femme en activité de la vie génitale	36
La sténose du col après la ménopause.	40
2° Obstacle apporté à l'introduction des liquides dans l'utérus. Stérilité.	44
CHAPITRE IV. — Pronostic	49
CHAPITRE V. — Traitement.	50

Dilatation non sanglante.	50
« sanglante	53
Opération de Munde	53
« de Fritsch de Breslau	53
« de Simpson	54
« de Borissovicz	54
« de Sims	56
« de Péaslée	60
« de Seelmann	61
« de Guillaume Livet	63
Stomatoplastie, opération de M. Pozzi	65
OBSERVATIONS	87
CONCLUSIONS	97
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	101

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier
